

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CHARLES-HENRI NODET

Né à Bourg-en-Bresse le 5 Juillet 1907

Interne des Asiles de la Seine

LE GROUPE DES PSYCHOSES
HALLUCINATOIRES CHRONIQUES
ESSAI NOSOGRAPHIQUE

*Travail de la Clinique des Maladies Mentales
et de l'Encéphale*

Professeur : HENRI CLAUDE

PRÉSIDENT : M. HENRI CLAUDE, *professeur*

CAHORS
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. COUESLANT
(Personnel intéressé)

1937



ANNÉE 1937

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CHARLES-HENRI NODET

Né à Bourg-en-Bresse le 5 Juillet 1907

Interne des Asiles de la Seine

LE GROUPE DES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

ESSAI NOSOGRAPHIQUE

*Travail de la Clinique des Maladies Mentales
et de l'Encéphale*

Professeur : HENRI CLAUDE

PRÉSIDENT : M. HENRI CLAUDE, *professeur*

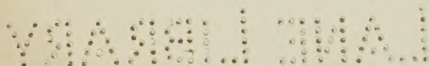
CAHORS

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. COUESLANT
(Personnel intéressé)

1937

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON Justin. Hydrologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES.. Pathologie médicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME.... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET .. Pathologie médicale.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN.... Pathologie médicale.
 OBERLING.... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE.... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE... Parasitologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 VAUDESCAL.. Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.....	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.....		BROCQ.....	
BRULÉ.....		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER....	
CHIRAY.....		HEITZ-BOYER .	
DONZELOT.....		MOURE.....	
DUVOIR.....		QUENU.....	
LIAN.....		SCHWARTZ	
PASTEUR-VALLERY-RADOT.....		VELTER.....	
SÉZARY.....			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
LE LORIER.....	
LÉVY-SOLAL...	
METZGER.....	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique
PHILIBERT, agrégé.....	Microbiologie.
RUPPE.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON ARRIÈRE-GRAND-PÈRE, FRANÇOIS CABUCHET, DE SON ONCLE,

CHARLES-JOSEPH MONNIER, DE SON GRAND-PÈRE, JEAN-JOSEPH MONNIER

DE MON GRAND-PÈRE, AMÉDÉE NODET,

DE MON PÈRE, VICTOR NODET,

Médecins de l'Hôpital de Bourg-en-Bresse.

En tête de ces pages, je suis heureux d'inscrire le nom de ceux qui m'ont donné l'exemple de leur cœur et de leur travail, qui m'ont instruit de leur expérience :

MA MÈRE.

LE DOCTEUR LOUIS GALLAVARDIN, Médecin des Hôpitaux de Lyon.

LE DOCTEUR MAURICE PEHU, Médecin des Hôpitaux de Lyon.

LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE, mon Président de thèse.

LE DOCTEUR HENRI EY, Médecin-Chef de l'Asile de Bonneval (Eure-et-Loir).

Pendant mon externat dans les Hôpitaux de Lyon :

LE DOCTEUR PATEL, Professeur de chirurgie opératoire.

LE DOCTEUR LANNOIS, Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique.

LE DOCTEUR TIXIER, Professeur de Clinique chirurgicale.

LE DOCTEUR FROMENT, Professeur de Pathologie interne.

LE DOCTEUR GALLAVARDIN.

LE DOCTEUR BOUCHUT.

LE DOCTEUR CLAVEL, Professeur Agrégé à la Faculté.

LE DOCTEUR LAGEZE.

Pendant mon internat dans les Asiles de la Seine :

LE DOCTEUR ROGUES DE FURSAC.

LE DOCTEUR XAVIER ABELY.

LE DOCTEUR CLAUDE, Professeur de Clinique psychiatrique.

LE DOCTEUR GUIRAUD.

LE DOCTEUR CAPGRAS.

TABLE

<i>Avant-Propos</i>	9
<i>Situation historique de la psychose hallucinatoire chronique :</i>	
I. La psychose hallucinatoire chronique dans la psychiatrie française, de G. Ballet (1911) à Sérieux et Capgras (1921)	11
II. La place de la psychose hallucinatoire chronique dans l'évolution de la conception des délires chroniques	17
PREMIÈRE PARTIE	
<i>Critique de la notion de psychose hallucinatoire chronique</i>	21
CHAPITRE I. — Valeur de l'unité clinique des psychoses hallucinatoires chroniques	22
I. Difficultés sémiologiques du trouble hallucinatoire	23
II. Unité de structure des psychoses hallucinatoires chroniques	26
III. Unité d'évolution des psychoses hallucinatoires chroniques	32
CHAPITRE II. — Le trouble hallucinatoire	79
I. Evolution des idées sur l'hallucination	79
II. Les hallucinations en clinique	81
A) Hallucination vraie	83
B) Pseudo-hallucination	86
C) Hallucinoïse	88
III. Les conceptions des hallucinations	90
A) Conceptions mécanistes	90
B) Conceptions noétiques	92
C) Conception dynamique de l'hallucination considérée comme une dissolution fonctionnelle	93
DEUXIÈME PARTIE	
<i>Les structures délirantes</i>	111
I. Notion de structure en fonction des idées jacksoniennes sur la dissolution des fonctions	111
II. Structure paranoïaque	118
III. Structure paranoïde	130
IV. Structure paraphrénique	146
<i>Conclusions</i>	155
<i>Bibliographie</i>	159



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Les Psychoses hallucinatoires chroniques ont pris, depuis le début du siècle, et spécialement depuis GILBERT-BALLET, une importance considérable dans les cadres psychiatriques français. Cette faveur paraît relever de deux désirs : conserver à l'hallucination sa conception mécaniste et génératrice de délire, et essayer de définir une maladie mentale. C'est la critique de cette double tendance qui amène à vérifier la valeur d'une telle limitation nosologique. Il s'agit alors d'un problème considérable qui remet en question la notion si complexe d'Hallucination. Le Professeur HENRI CLAUDE et ses élèves ont attaqué ce problème avec ténacité, et c'est le résultat de leurs travaux qui voudrait être consigné ici. Il y a là une double démarche menée parallèlement : démembrer le groupe des Psychoses hallucinatoires chroniques, qui ne peut être considéré comme ayant une individualité nosologique, et en réintégrer les éléments dans des cadres aux limites mieux définies et plus justifiées.

Le travail présenté ici n'a ni la valeur d'un exposé critique, ni l'ampleur d'une revue générale. En fin de scolarité psychiatrique, nous avons désiré faire le point de ces données nouvelles, accueillies d'abord comme postulats, puis devenues hypothèses sympathiques auxquelles la clinique apportait leur vérification. Ce n'est donc pas le point d'arrivée de pensées originaux, mais l'exposé d'une vue d'ensemble, progressivement acceptée, qui nous apparaît fondamentale pour

l'analyse des délires, et qui, peut-être, sera le point de départ d'essais ultérieurs plus personnels.

C'est dire combien ce travail est redevable des travaux et de l'enseignement oral du Professeur HENRI CLAUDE et de notre ami HENRI EX, celui-ci nous ayant ouvert, en outre, pour d'immenses emprunts, toute la mise au point non publiée de ses Conférences de Psychiatrie. Qu'ils soient assurés de notre profonde reconnaissance et qu'ils nous pardonnent cet ouvrage de vulgarisation au ton dogmatique qui respecte, nous l'espérons, l'essentiel de leur pensée, s'il la dépouille des commentaires qui la rendaient plus vigoureuse et plus nuancée.

HISTORIQUE

I. La psychose hallucinatoire dans la psychiatrie française de Gilbert-Ballet (1911) à Sérieux et Capgras (1921)

L'entité nosographique de *Psychose hallucinatoire chronique* est due à GILBERT-BALLET qui la posa dans un mémoire de *l'Encéphale* (10 novembre 1911). Il reconnaissait lui-même dans une note « ne pas créer de néologisme. Dans tous les « livres, on parle de Psychoses hallucinatoires, et aussi des « Psychoses hallucinatoires chroniques. On trouvera notamment, dans *l'Encéphale* (1907), une leçon de DUPRÉ intitulée : « Revue polyclinique des Psychoses hallucinatoires chroniques. J'emprunte simplement le vocable pris au singulier « pour grouper, sous ce terme, des cas qui me semblent « devoir être nosographiquement rapprochés les uns des « autres ».

Le point de départ du travail de GILBERT-BALLET est la critique de la conception de MAGNAN à propos des délires de persécution. Continuant les nombreux travaux (MOREL, FOVILLE, FALRET, SCHÜLE, KRAFT-EBING), qui ont suscité le mémorable travail de LASÈGUE (1852), MAGNAN oppose les délires chroniques aux délires des dégénérés. Le délire chronique se caractérise par son évolution lente, progressive et régulière. Il parcourt successivement quatre périodes distinctes : la période d'inquiétude ou d'interprétation délirante, celle des idées de

persécution avec hallucinations, celle des idées ambitieuses, enfin celle de démence. Ces délires surviendraient chez des individus normaux, à hérédité peu chargée. Au contraire, les délires des dégénérés surviennent chez des individus à hérédité psychopathique lourde, ayant présenté, avant l'apparition de la psychose, des signes de déséquilibre mental ou de débilité ; ils évolueraient sans périodes régulières, et se caractériseraient par leur polymorphisme.

GILBERT-BALLET précise qu'il n'envisage pas le délire d'interprétation, « *qu'il importe de ne pas confondre* » avec le délire hallucinatoire dont seul, sans plus de justification, il sera question. Reconnaisant avoir, autrefois, admis cette distinction des délires hallucinatoires entre eux, il la rejette actuellement pour les raisons suivantes :

I. L'étiologie exclusive affirmée par chacun des deux groupes est mal fondée : « On ne paraît pas autorisé à dire que l'héredité des persécutés à évolution chronique soit moins chargée que celle des dégénérés dits persécutés. »

II. Le schéma en quatre périodes de délire chronique est constaté avec une extrême rareté. Les idées ambitieuses viennent doubler les idées de persécution plutôt que s'y substituer. Et la démence terminale est loin d'être constante. FALRET allait même jusqu'à la nier.

III. Le polymorphisme des délires des dégénérés est plus apparent que réel. Ou bien il s'agit d'un polymorphisme successif se déroulant dans le temps, c'est alors, d'ordinaire, la manifestation d'une hébéphrénie. Ou bien il s'agit d'un polymorphisme simultané, avec multiplicité des idées délirantes, il est alors facile de se rendre compte que ces conceptions si dissemblables se ramènent toutes soit à des idées de persécution, soit à des idées ambitieuses.

Pour toutes ces raisons, il convient de grouper tous ces délires hallucinatoires. KRÆPELIN a déjà tenté cette réunion, mais c'est pour rattacher tous ces délires, sous l'étiquette de démence paranoïde, à la démence précoce. Or, d'une part, l'évolution démentielle de ces délires est tardive ; d'autre part, une même communauté terminale (démence) ne doit pas entraîner nécessairement une même communauté nosologique ; enfin, la démence précoce est considérée comme une affection

accidentelle acquise alors que les délires hallucinatoires apparaissent souvent comme de manifestes psychoses constitutionnelles.

C'est sur cette critique de MAGNAN et de KRÆPELIN que GILBERT-BALLET édifie sa notion de *psychose hallucinatoire chronique*. « Le terrain où elle se développe est souvent, et « peut-être toujours, *préparé par l'hérédité*. » On trouve toujours au moins des troubles importants du caractère, antérieurs au délire. « La débilité mentale est rarement notée. » Au premier rang des symptômes, « il faut mettre l'état « *cœnesthésique pénible*, l'inquiétude qui précède, ou tout « au moins accompagne les premières manifestations ». « Comme dans la mélancolie, le trouble intellectuel est conditionné par un trouble de la cœnesthésie. C'est un sentiment « vague d'inquiétude qui étonne et surprend le malade plus « qu'il ne l'attriste vraiment. » « Ce trouble cœnesthésique « s'associe bientôt, et parfois dès le début, aux idées de « *persécution* et à des *hallucinations* de divers sens, parmi « lesquelles les hallucinations auditives tiennent presque tous « jours la première place. » Les idées *ambitieuses* viennent enrichir le tableau clinique, mais d'une façon inconstante. L'évolution est exceptionnellement régulière. Il y a des soubresauts avec rémission et phase d'accalmie. Ce pronostic est toujours grave. Les guérisons sont infiniment plus rares qu'on ne les a décrites. L'évolution se fait vers un affaiblissement intellectuel qui peut n'exister qu'après de longues années, mais qui peut parfois aboutir assez rapidement. Mais il ne semble pas « que ces différences d'évolution suffisent à légitimer des distinctions nosologiques ».

Cette conception des délires hallucinatoires chroniques séparés d'une part du délire de persécution non hallucinatoire, d'autre part des formes délirantes de la démence précoce, va être acceptée par la quasi-unanimité des aliénistes français. L'article de SÉRIEUX et CAPGRAS (1) consacre de l'autorité de ses auteurs cette double limitation. La *Psychose hallucinatoire chronique* « est une entité psychiatrique de création essentiellement française, qui méritera de garder son individualité

(1) SÉRIEUX et CAPGRAS : Délires systématisés chroniques, in *Traité de Sergent*, 1921, Psychiatrie, I, p. 233.

« tant que nous en serons réduits à classer les maladies mentales de par leurs symptômes et leur évolution (1). »

Sous le titre général de *Délire systématisé chronique*, SÉRIEUX et CAPGRAS décrivent successivement :

1° Les délires systématisés chroniques non hallucinatoires (constitutionnels).

a) Délire d'interprétation (dont les délires passionnels).

b) Délire d'imagination.

c) Délire de revendication.

2° Le délire systématisé chronique hallucinatoire (accidentel).

« Ce délire est caractérisé : 1° par l'existence et la prépondérance de nombreux troubles sensoriels ; 2° par la coordination, la systématisation d'idées délirantes ; 3° par la longue conservation de l'activité psychique. »

L'évolution diffère profondément de celle du délire d'interprétation. « Le fonds mental de l'halluciné se modifie, s'altère à mesure que progresse la maladie. Certains hallucinés conservent cependant une activité intellectuelle quasi-normale jusqu'à un âge avancé. D'une manière générale la psychose n'aboutit pas à cette ruine à peu près complète et définitive des facultés psychiques qui seule mérite le nom de démence. » Cependant l'activité mentale diminue, le délire se fixe ; ses stéréotypies de gestes, d'attitudes perdent toute signification : le langage, hérissé de néologismes, devient intelligible. « Certaines formes de délire hallucinatoire à dissociation rapide servent *probablement de transition* (2) entre les délires systématisés et la démence précoce, elles sont classées différemment suivant le moment où on les observe (3). »

C'est pour des *raisons doctrinales* très impérieuses que CLÉRAMBAULT (4) conserve le groupe de *Psychoses hallucinatoires chroniques*, qu'elles soient d'hypocondrie, de possession

(1) ROGUES DE FURSAC (J.) : *Manuel de Psychiatrie*, 6^e éd., 1923, p. 306.

(2) C'est nous qui soulignons.

(3) C'est à la même conclusion qu'arrive G. Dumas : la psychose hallucinatoire chronique est « aussi voisine de la démence précoce et notamment de la démence précoce paranoïde qu'elle est loin de la Paranoïa ». *Traité de Psychologie*, 1^{re} éd., 1924, II, p. 917.

(4) DE CLÉRAMBAULT : *Psychose à base d'automatisme et syndrome d'automatisme*. *Ann. Méd.-Psych.*, 1927, I, 193, *passim*.

ou d'influence. « La portion hallucinatoire (sensitive, sensorielle, motrice) des délires dits de persécution est fondamentale, primitive. Les idées de persécution sont un travail surajouté, le malade n'est persécuté que secondairement. « *La source de ces psychoses* n'est pas dans l'idéation, ni même dans l'affectivité. Elles reconnaissent une origine biologique. Ces psychoses rentrent ainsi dans la neurologie. »

Parallèlement aux travaux français, l'œuvre de KRÆPELIN s'édifie, et la 8^e édition en donne la dernière mise au point, peu modifiée par celle de 1921. L'étude comparative des conceptions françaises et allemandes est très clairement résumée dans la thèse de FREY (1).

« Toute psychose comportant le diagnostic français de « délire systématisé chronique sera rangé par l'Ecole Kræpelienne soit dans la paranoïa, soit dans les formes paranoïdes de la démence précoce, soit dans les paraphrénies. »

La paranoïa correspond pour l'Ecole de Munich « au délire « systématisé chronique constitutionnel, sans affaiblissement « psychique terminal. La multiplicité des interprétations délirantes et l'absence des hallucinations sont bien notées, mais « il ne semble pas qu'en Allemagne on se soit servi de ces « données pour caractériser l'affection. Les caractères évolutifs « sont considérés comme les plus importants. »

Les formes systématisées de la démence précoce paranoïde « sont des délires systématisés chroniques endogènes accidentels avec dissociation (*Zerfall der Persönlichkeit*) plus ou « moins généralisée. » Ces délires sont caractérisés « essentiellement par leur faible organisation, leur évolution démentielle relativement rapide, et accessoirement par l'existence « de troubles psychosensoriels ».

La définition des paraphrénies n'est que « virtuellement contenue » dans le Traité de Kræpelin. FREY croit pouvoir dégager la suivante « délires systématisés chroniques endogènes accidentels avec dissociation limitée ». Démence précoce et paraphrénies sont étudiées dans le même chapitre (*Die Endogener Verblödung*), et « KRÆPELIN semble vouloir « n'établir pour le moment entre paraphrénie et démence « précoce qu'une différence de degré ».

(1) FREY : Conceptions de Kræpelin et conceptions françaises concernant les délires systématisés chroniques. Etude comparée. *Thèse de Strasbourg*, 1923, *passim*.

KRÆPELIN distingue quatre formes de paraphrénies :

La paraphrénie systématique, avec son évolution en quatre phases (dépression, persécution, grandeur et affaiblissement avec dissociation très atténuée),

La paraphrénie expansive, avec délire mégalomaniaque luxuriant, légère excitation et affaiblissement avec dissociation très atténuée,

La paraphrénie fabulatoire avec paramnésie et confabulation, peu d'hallucinations auditives, forme rare qui « par « l'absence d'hallucinations nous amène aux frontières de « la paranoïa pure » (KRÆPELIN),

La paraphrénie fantastique avec extravagance et incohérence des idées délirantes, hallucinations multiples et conservation de la lucidité, malgré l'incohérence.

D'une façon générale la paranoïa de KRÆPELIN correspond aux délires non hallucinatoires de SÉRIEUX et CAPGRAS, les paraphrénies aux délires hallucinatoires.

En réalité, la paranoïa ne correspond exactement qu'au délire d'interprétation. L'équivalent « du délire de revendication dans la psychiatrie allemande est le délire des querulants rangés par KRÆPELIN parmi les délires psychogènes. « Quant au délire d'imagination (fait rare du reste), il n'a pas « d'équivalent dans la psychiatrie kræpelinienne ».

D'autre part les paraphrénies de KRÆPELIN restent en étroite liaison avec la démence précoce, tandis que SÉRIEUX et CAPGRAS cherchent à conserver leur autonomie aux délires hallucinatoires. Les paraphrénies systématiques correspondent à certains délires chroniques de MAGNAN avec démence tardive et atténuée. Les paraphrénies fantasques correspondent aux formes fantastiques décrites par SÉRIEUX et CAPGRAS dans le délire systématisé chronique hallucinatoire. On ne voit pas d'équivalent de la paraphrénie expansive que KRÆPELIN reconnaît avoir pris d'abord pour une forme atypique de manie. La paraphrénie fabulatrice rappellerait les délires d'imagination, de fabulation, mais ces délires, dans la classification française, sont constitutionnels.

II. La place de la psychose hallucinatoire chronique dans l'évolution de la conception des délires

Il est intéressant de situer historiquement le moment où apparaît le groupe des Psychoses hallucinatoires chroniques et la lacune qu'il cherchait à combler. Il faut pour cela reprendre, dans ses très grandes lignes, le travail d'épuration, de description, de classification qui, à partir de PINEL, s'est prolongé pendant tout le XIX^e siècle.

La grande division de PINEL : *Manie, Mélancolie, Démence, Idiotisme*, marque déjà le souci de mettre à part les états aigus, et c'est de sa *Mélancolie* que vont sortir tous les délires chroniques. ESQUIROL brise cette mélancolie en deux : la lypémanie ou mélancolie proprement dite d'une part, et d'autre part la monomanie caractérisée « par une lésion partielle de « l'intelligence, des affections et de la volonté ». Les monomanies affectives paraissent correspondre aux futurs délires de revendication ; les monomanies instinctives (ou de la volonté), à la folie morale et aux obsessions. Et c'est de la monomanie intellectuelle que ressortiront les délires chroniques hallucinatoires.

Cette notion de délire partiel n'est pas admise par tout le monde et une réaction va se dessiner pour dresser un groupe de délires chroniques solidaires de troubles généraux évolutifs de la personnalité et de l'activité psychique. C'est le sens, croyons-nous, de la grande œuvre poursuivie en France par LASÈGUE, J. FALRET, J.-P. FALRET, MAGNAN. LASÈGUE publie en 1852 sa mémorable étude : *Du Délire de Persécution*. On connaît les quatre périodes décrites : Interprétation délirante — Hallucination de l'ouïe où le persécuteur se précise de plus en plus ; d'abord : *on*, puis : *eux, ils*, puis : *lui, il...* — Troubles de la sensibilité générale. — Enfin délire ambitieux avec stéréotypies. Le niveau mental baisse, mais l'évolution sans la démence

complète est rare. En face de ce délire de persécution, FALRET oppose celui des *persécutés-persécuteurs*. MOREL parle également de certains délirants héréditaires qui se présentent comme des *persécutés raisonnants*, analogues aux quérulants des écoles allemandes. On retrouve donc dès cette époque l'opposition — déjà latente au sein de la mélancolie, entre la lypémanie et les monomanies — du délire systématisé progressif de persécution avec les délires des persécutés-raisonnants, ou persécutés-persécuteurs. MAGNAN consacre définitivement cette opposition par son délire chronique à évolution systématique qu'il oppose aux délires systématisés des dégénérés.

En Allemagne, un même travail d'épuration se fait à propos de la paranoïa. Quand KAHLBAUM remplaça en 1863 par ce terme celui de *Verrücktheit*, celui-ci signifiait toutes sortes de délires auxquels on admettait le même décours : phase mélancolique, phase maniaque, phase de délire partiel, phase de délire généralisé, phase démentielle (GRIESINGER). On commence à admettre des délires primitifs (*Primäre paranoia*) qui s'opposent aux psychoses où les troubles affectifs prennent la première place : manie et mélancolie. Le groupe de la paranoïa reste cependant vaste, et comprend tous les délires chroniques plus ou moins systématisés (1). Les paranoïaques finissent par atteindre la proportion de 70 à 80 0/0 de la population de certains asiles.

Quand KRÆPELIN crée son nouveau groupe : la démence précoce, il y fait entrer l'hébéphrénie, la catatonie et de multiples délires, jusque là appartenant à la paranoïa. Ce sont des délires imparfaitement systématisés, évoluant plus ou moins rapidement vers un affaiblissement psychique. Et leur ressemblance par la prédominance du délire de l'ancien cadre nosographique qu'ils quittent les fait réunir sous le nom d'affections *paranoïdes*. La paranoïa se trouve donc considérablement réduite, et ne correspond plus qu'aux délires à évolution très lente et n'aboutissant pas à un état d'affaiblissement psychique. L'absence d'hallucinations dans les délires paranoïaques ainsi limités est bien remarqué. « Mais il ne semble pas

(1) On admettait du reste que tout délire comportait un système, qui pouvait avoir passé inaperçu. « Un adolescent atteint de démence précoce avec délire incohérent pouvait être considéré comme un ancien « paranoïaque, dont le système délirant s'était dissocié. » B. FREY : *loc. cit.*, p. 11 et *passim*.

« qu'en Allemagne on se soit servi de ces données pour caractériser l'affection. Les caractères *évolutifs* furent considérés « comme les plus importants (1). »

On peut donc constater l'identité du travail poursuivi en France et en Allemagne : délire chronique et délire des dégénérés, paranoïa et démence paranoïde. Cette division bipartite va cependant paraître trop tranchée, trop artificielle à certains qui sentiront la nécessité d'un groupe intermédiaire : c'est ainsi que GILBERT-BALLET crée le cadre des *Psychoses hallucinatoires chroniques* (2), pendant que KRÆPELIN lui-même, après des hésitations, fait sortir les *paraphrénies* de la *dementia precox*. Nous avons déjà vu (3) que, cliniquement, ces deux états *tampons* n'étaient pas exactement superposables. De plus il faut remarquer que les paraphrénies restent en marge de la démence précoce d'où elles sont sorties ; les délires paraphréniques (*paranoïde verblödung*) demeurent finalement plus près de la démence paranoïde que de la paranoïa. De leur côté, les psychoses hallucinatoires chroniques sont nettement séparées de la démence précoce, encore que les cas limites ne puissent être niés. Elles avoisinent le délire de revendication, le délire d'interprétation, type SÉRIEUX et CAPGRAS, au point que ces auteurs acceptent de les réunir tous dans un même chapitre : *les délires systématisés chroniques*. D'autre part les psychoses hallucinatoires chroniques retrouvent leur unité originale, sémiologique et pathogénique grâce à l'hallucination reconnue comme phénomène primitif et générateur.

(1) FREY : *loc. cit.*, p. 12.

(2) L'expression a été parfois employée dans un tout autre sens. Cf. p. 88.

(3) Cf. *supra*, p. 16.

PREMIÈRE PARTIE

Critique de la notion de psychose hallucinatoire chronique

Les raisons qui ont autorisé à créer, puis à conserver cette notion de *Psychose hallucinatoire chronique* paraissent de deux ordres : *cliniques* et *doctrinales*. D'une part, l'hallucination apparaît comme un aspect sémiologique assez caractérisé pour conférer aux délires hallucinatoires chroniques une certaine unité clinique que vient confirmer, semble-t-il, une suffisante unité d'évolution. D'autre part, une conception mécaniste de l'hallucination permet de lui accorder un rôle générateur dans l'éclosion du délire ; et cette théorie qui s'accorde parfaitement avec la psychologie atomistique du XIX^e siècle redonne aux délires hallucinatoires chroniques une nouvelle unité pathogénique. C'est donc dans ces deux ordres de préoccupations critiques qu'il faut reposer le problème, si l'on juge utile de remettre en discussion *la valeur* de l'unité de ces délires.

CHAPITRE PREMIER

VALEUR CLINIQUE DE L'UNITE DES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

Le chapitre suivant opposera des théories diverses dont la plus séduisante est encore tributaire de nombreuses hypothèses et peut toujours laisser en suspens une conviction rebelle. Ce premier chapitre nous paraît présenter à la notion des psychoses hallucinatoires chroniques ses plus graves critiques, car elles entendent rester exclusivement sur le plan clinique (1) où cette notion aurait dû faire ses preuves. Les critiques que nous présentons sont de trois ordres : d'ordre sémio-logique, d'ordre structural, d'ordre évolutif.

(1) Nous prendrons comme exemples 37 observations puisées dans un service de Villejuif, celui du D^r Xavier Abély, que nous tenons à remercier pour son très bienveillant accueil. Nous n'avons pas choisi nos malades. Pour conserver la physionomie statistique de ces délires que nous croyons d'une diversité assez marquée, nous avons colligé *toutes* les observations de Psychoses hallucinatoires chroniques du Service, nous limitant seulement pour avoir un certain recul à ne prendre que les délires dont l'éclosion remonte manifestement avant 1930. A la vérité, tous les certificats ne portent pas la mention *Psychose hallucinoïre chronique*, mais manifestement leur *esprit* rattache à ce groupe les délires en question. Ces derniers étaient, du reste, classés sous la rubrique : *Psychose hallucinoïre chronique*, dans le fichier du Service.

I. Difficultés sémiologiques du trouble hallucinatoire

Qualifier les délires hallucinatoires et les décrire en fonctions de diverses hallucinations suppose évidemment que les hallucinations sont des phénomènes morbides précis, dont il est sinon aisé, du moins possible de faire l'inventaire exact. Il est en effet habituel d'étudier les phénomènes hallucinatoires selon les différentes sphères perceptives ou sensitives intéressées : on oppose ainsi les hallucinations sensorielles (ouïe, vue, toucher, goût, odorat), les hallucinations motrices, les hallucinations psychiques. Ces distinctions précisent bien le caractère esthétique, donc différenciateur, de ces troubles psychosensoriels ; nous verrons qu'elles impliquent comme conséquence (à vrai dire comme raison profonde) le rôle générateur de l'hallucination dans la genèse du délire. Le diagnostic des différentes sortes d'hallucinations est classiquement d'un brio facile. Il ne semble pas cependant que dans la pratique ces cadres soient suffisamment souples, et il y a fréquemment hésitation à trouver une étiquette adéquate. On se trouve en général en face d'une double difficulté : difficulté de distinguer les hallucinations entre elles, difficulté de distinguer les hallucinations d'autres mécanismes psycho-pathologiques (interprétations, intuitions).

Les dires des malades ont toujours au premier abord un caractère très sensoriel : ils « *voient* », ils « *entendent* ». En fait il est fréquent de les voir reconnaître que « *ça se passe dans leur tête* », que « *cette voix leur parle en pensée* », que cette voix est « *intérieure* ».

OBS. XXV : « J'entends des petites voix quand je veux. » On lui demande combien elles sont. La malade leur *demande* combien ils sont et répond : « Je *vois* qu'ils sont 12. Il faut que je ferme les yeux pour voir. »

OBS. XXVIII : « Je ne peux pas lire. Il y a quelqu'un qui lit avant moi. J'entends très bien, c'est un *courant*, c'est un *mouvement*. »

OBS. XXXII : « Quand je parle, [telle personne] se met en

vision. Je la vois dans les plafonds, en sous-sol » (montre un angle de la pièce). OBS. I : « Un air de dire : prends garde à toi, c'est ce qui m'est arrivé aux oreilles. »

Les hallucinations vraies avec projection spatiale sont plus rares mais ce serait *contredire le témoignage formel* de malades que d'essayer de les réduire aussi à des pseudo-hallucinations (1). OBS. XXVIII : « J'entends parler dans ma tête et j'entends comme au téléphone. » Un malade, Val..., de la Clinique, entend un bruit épouvantable à amener tout Paris. Une malade du Service du Docteur CAPGRAS distingue entre le « haut-parleur et le pensif ».

A vrai dire si cette projection spatiale est hors de doute, les malades donnent rarement l'impression d'avoir complètement entendu ce qu'ils rapportent. Val... finit par dire : « Naturellement j'entends à peine, c'est comme un murmure à peine compréhensible, mais je suis sourd ; si j'entends, vous pensez bien que tout le monde doit entendre ». Les témoignages de la sorte sont multiples. — OBS. VI : « Ils font causer les malades pour dire de vilaines choses, mais moi je n'entends rien... Ils font exprès de causer bas quand vous êtes là. » — OBS. I : « C'est bien bas, il n'y a que la personne qui peut entendre... C'est rare qu'on puisse entendre de l'une à l'autre. C'est tellement bas que vous ne pouvez pas entendre. » — OBS. XI : « Quand ils vous parlent, ils se tournent vers vous. Quand ils vous parlent, ils me rendent sourd ; quand ils me parlent, ils vous rendent sourds. » Il est du reste à remarquer que les malades font aisément la différence entre leurs voix et les voix de ceux qui les entourent, même de personnes inconnues. Il semble qu'il ne leur échappe pas une différence de qualité entre la perception sensorielle et la pseudo-perception hallucinatoire.

Les cas d'hallucination consciente, d'hallucinose (2) sont assez faciles à différencier. « Alors que l'hallucination cons-

(1) Pour le sens hallucination vraie, pseudo-hallucination, nous rappelons que l'hallucination vraie nous paraît caractérisée par la croyance du Sujet en la réalité perçue d'un objet matériel, d'une chose qui n'existe pas. La pseudo-hallucination est un phénomène xénopathique : ce n'est plus la projection de la représentation dans l'ambiance (hallucination vraie), mais la projection du point de départ de la sensation hors du moi (phénomènes forcés, étrangers). Cf. p. 83 sqq.

(2) CLAUDE et Henri Ey : Hallucinose. Hallucination. Les théories neurologiques des phénomènes psycho-sensoriels. *Encéphale*, 1932, I, p. 576.

« truit des objets là où il n'y en a pas, l'hallucinoze construit « des apparences d'objets qui n'existent pas » : « Oh ! je voyais bien que tout cela *n'était pas vrai* quand je le regardais, dit un malade de LHERMITTE cité par CLAUDE et Henri Ey ; parfois, ça m'énerve et je vois bien que c'est une vision ». Une autre malade affirme : « Je n'y crois pas. Je ne suis pas folle. « J'ai toujours pensé que c'étaient des visions. »

Ce qu'il convient de souligner, lorsqu'il s'agit d'hallucination vraie et de pseudo-hallucination, c'est qu'il n'est pas question de les *réduire* l'une à l'autre. Spontanément le malade peut parfois trahir combien son langage est approximatif pour décrire des troubles qui prennent une apparence abusivement sensorielle (1). Mais, quand bien même les mécanismes invoqués pourraient être très voisins, il y a là deux attitudes — hallucination vraie et pseudo-hallucination — qui, d'un point de vue phénoménologique, conservent leur *originalité* respective. « Le fait hallucinatoire demeure intangible dans les déclarations des malades » (2).

*
**

Ceci affirmé, il n'en reste pas moins que, cliniquement, après un examen un peu attentif, on hésite à parler d'une hallucination vraie et pure. Il y a des cas privilégiés : de même un délire de persécution peut ressortir exclusivement à un mécanisme interprétatif, de même un délire imaginatif peut paraître ne s'alimenter que d'intuitions morbides. Mais il est fréquent, presque constant d'observer ces mécanismes mêlés et il devient fort embarrassant de vouloir faire la part exacte de chacun d'eux. Et c'est là la deuxième difficulté dont nous avons parlé. L'hallucination, l'interprétation et l'intuition morbides *ne sont pas plus des modes de connaissance* que le rêve (3). Ils jaillissent, pour la formuler, d'une attitude affect-

(1) On peut du reste remarquer combien il intéresse peu le malade de savoir — et donc de préciser — si l'invisible lui parle par les oreilles ou dans la tête. Ce qui l'intéresse avant tout c'est le sens de l'hallucination. « Ils hallucinent bien plus le sens que les paroles. » (Bleuler).

(2) Henri Ey : La discussion de 1855 à la Société Médico-Psychologique. *Ann. Méd.-Psych.*, 1935, I, 597.

(3) « [L'Hallucination] est exclusivement l'œuvre de l'instinct qui « utilise à son profit l'appareil de projection spatiale qui sert normale-
ment à l'orientation dans le monde réel. » R. MOURGUE : *Neurobiologie de l'Hallucination*, Lamartin, 1932, p. 325.

tive, profonde et primitive. Ils correspondent avant tout à une croyance (1). Et c'est souvent ce caractère commun qui s'impose, plus que les différences entre ces mécanismes (2). Qu'affirmer devant cette malade qui reçoit du 3^e lit à gauche des mots qui viennent s'imprimer dans son ventre et seront entraînés avec ses matières ? Ce sont des noms propres, des dates : « Je les entends *lisiblement*. » Et cette autre qui n'a plus de sang, plus de muscles, plus de derrière et dont la clavicule vient heurter le calcaneum ? Et ces délires de persécution hypersténiques où le médecin se débat avec peine pour savoir si telle assertion de ce tumulte affectif témoigne ou non d'une attitude hallucinatoire ? Ces difficultés ne sont pas rares et vouloir baser une classification des délires uniquement sur la présence ou l'absence *exclusive* de tel mécanisme serait chose ardue, et par là même peu convaincante.

II. Unité de structure

Nous préciserons avec plus de détails dans la deuxième partie ce que nous entendons exactement par structure. Nous voulons maintenant envisager surtout l'organisation du délire, c'est-à-dire notre plus ou moindre compréhension immédiate du roman qu'expose le malade. C'est une des premières constatations qu'impose le contact avec les délirants. Certains nous intéressent immédiatement à leur histoire où nous entrons de plain-pied, le récit a une cohérence dramatique émouvante, le médecin et la malade parlent la même langue. D'autres au contraire se meuvent dans un monde étrange où l'incohérence

(1) Nous nous réservons d'insister plus longuement sur l'intuition affective qui est l'élément fondamental de la croyance délirante quelle que soit la super-structure dialectique ou pseudo-sensoriel par laquelle elle s'exprime. Cf. p. 112 et p. 124.

(2) C'est du reste sacrifier à une psychologie un peu trop simpliste et intellectualiste que de croire que ces mots : interprétations, hallucinations... puissent suffire à qualifier toute pensée délirante. Il y a toute une série de phénomènes pathologiques qu'il ne faut mettre ni trop bas, au rang de grossières illusions, ni trop haut, au rang des vices du raisonnement. JANET insiste sur ces phénomènes morbides complexes assez mal étudiés jusqu'ici, qui se situent au niveau des fonctions moyennes de l'esprit, sans correspondre, exactement, à une opération psychologique normale : Il en a étudié récemment un aspect particulier, la fonction de la réalisation (C. JANET : Réalisation et interprétation. *Ann. Méd.-Psych.*, 1935, II, p. 329).

et la contradiction paraissent avoir droit de cité ; le drame ne nous touche plus ; nous ne communions pas à ses péripéties, nous restons en dehors. Nous ne croyons certes pas que des faits psychologiques tirent leur unité (ou leur diversité) uniquement de l'unité (ou de la diversité) des états d'âme de celui qui les observe. Mais ce point de vue n'est nullement négligeable : il s'impose au premier abord du malade, et à la longue s'avère comme particulièrement fructueux.

Voici trois observations de psychose hallucinatoire chronique. Nous reproduisons les certificats les plus caractéristiques ainsi qu'une brève analyse de l'état actuel.

OBS. n° I. — NAIG., Marie, 81 ans.

Certificats, 11 févr. 1927 (72 ans). — Psychose hallucinatoire chronique avec idées de persécution, interprétations fausses, revendications, impulsions et violences par intervalles. Elle entend ses voisins qui l'injurient ; elle menace, veut écrire au Procureur ou se plaindre au Commissaire, etc. — D^r VURPAS.

11 février 1927. — Démence avec idées de persécution : les voisins l'injurient, elle veut écrire des plaintes au Parquet. Peut être transférée. — D^r MARIE.

Délire de persécution qui remonte à 20 ans. 30 ans femme de ménage (1877-1907) chez une vieille demoiselle qui s'est mariée après son départ (10 février 1913 à Saint-Augustin). Elle l'a quittée à cause de son détestable caractère. Enfant naturel pendant son service, ne s'est pas mariée pour rester à cette époque avec sa patronne. Début le 10 février 1916 (on peut remarquer que c'est l'anniversaire du mariage de sa patronne). Elle voit celle-ci traverser sa cour « en deuil ». Elle faisait dire des choses que seules elles connaissaient : la naissance de son fils. Interprétation et hallucinations : recul du prêtre au moment où elle va se confesser. Une autre fois, une femme se confesse avant elle « trop vite ». Elle ne fait qu'entrer et sortir. Ce prêtre lui demande si elle croit en Dieu. Elle comprend que la femme était venue lui dire qu'elle était folle. Injures : « On lui reproche de coucher avec son fils. » Ils savaient tout ce que je faisais, toutes mes pensées. Comme « une araignée qui remuait mon lit. C'était un mêli-mêlo ; c'était « infernal ». Le délire est bien désarmé. Sait qu'elle est à l'Asile. « Depuis que je suis là, je n'y fais plus attention, je tomberai « malade autrement. Ah ! ça m'amuse... Je ne suis pas de Bourgo-
« gne pour rien. » Interprétations : Elle vient d'être malade, « à « force d'être secouée ». Plus d'injures : « mais ils répètent encore « ce que je dis. Chacun a ses voix. Mais c'est un truc tout près « de nous. C'est très bas, il n'y a que la personne qui peut entendre. « ...C'est rare qu'on entende de l'une à l'autre. Cette nuit un air

« de dire : prends garde à toi, c'est ce qui m'est arrivé aux oreilles. C'est tellement bas que vous ne pouvez entendre. » Aucune agression corporelle ; ni prise ou transmission de pensée.

Délirante ou non, la pensée témoigne d'une structure parfaitement compréhensible. Discours toujours clair et pénétrable. Mémoire excellente. Attention bonne. Capacité intellectuelle suffisante (peut-être un peu sénilisée sur son état antérieur). Très adaptée à son milieu, au réel. Travaille tout le temps, s'occupe surtout d'elle, tricote ; travaillait jusqu'à une récente fatigue chez une infirmière. Parfois en veut à une personne, mais sans grande agressivité. Ne parle jamais de son délire.

OBS. n° XIV. — MARI..., Françoise, f° CLEM., 42 ans.

Certificats, 30 août 1929 (35 ans). — *Troubles psychiques caractérisés par des alternatives de périodes de dépression et d'excitation. Au cours de ces périodes d'excitation elle a été amenée d'urgence à l'hôpital par son mari, aidé d'un sergent de ville. La malade dit elle-même que pendant ces périodes d'excitation elle se sent capable de faire n'importe quoi, qu'elle est mue par une puissance étrangère et que rien ne pourrait l'arrêter. D'autre part, la malade se croit persécutée. A l'atelier où elle travaillait, tout le monde lui en voulait, on ne lui disait rien en face mais en procédant pas allusions. Il en était de même dans d'autres ateliers où elle a travaillé ensuite. Des gens venaient même l'insulter jusque chez elle.* — D^r PAUL CHEVALLIER.

2 septembre 1929. — *Présente des troubles mentaux d'apparence complexe, excitation psychique surtout verbale, loquacité incessante, proximité, discours décousus, propos mégalomaniques. Impossibilité d'obtenir des réponses adéquates. Tutoiement. Automatisme mental probable, apparence d'hallucinations auditives, extemporanées auxquelles elle répond. Explications insuffisantes. Prise et devinement de la pensée. Echo de la lecture. Probabilité de troubles de la sensibilité générale et génitale. Déclamations. Examen physique difficile : les pupilles semblent inégales et sinon inertes, du moins paresseuses. Réflexes patellaires faibles.* — D^r BEAUDOUIN.

7 juillet 1930. — *Psychose hallucinatoire chronique, ne présente aucune amélioration.* — D^r DEMAY.

Thèmes délirants de persécution et de grandeur nullement systématisés. « On est venu me prendre chez moi... tout ce qu'on m'a fait subir ; c'est tortionarisme. » « On m'a trop mutilée ici, piétinée, défigurée... Boucherie... » « J'ai 57 identités, étant attachée à la Préfecture de Police. C'est moi qui dirige. Je suis seule et unique de cet établissement. J'étais des sommités incalculables... » Conserve un ton véhément, emphatique avec hypermimie très praxique, mais demeure souriante. Incohérence profonde envahis-

sant à peu près toute la production psychique. On devine parfois le sentiment sous-jacent. « Mes chambres noires ont été violées » par tout le monde. On ma tuée sept fois à Leipzig. Vous êtes « diffamé deux fois ce soir. Je vous ai toujours vu. Vous avez « toujours été dans ma double vue. Vous êtes dans ma conversation « la plus intime. » On lui propose d'écrire son nom : « Je n'ai « pas mes mains d'ouvrière, je ne puis pas signer... » Parfois, malgré un certain tour de phrase, avec réponses pertinentes et même ironiques : « Je ne dirige même pas ma thune (montre sa « tête), comment voulez-vous que je dirige tout ? Quand on par- « lera de folies, j'aurai beaucoup à dire. Je dirai que c'est à la « grosse, tout le monde doit être atteint. »

— Etes-vous riche ? — « Je suis toujours riche de ce que je « sais. »

— Etes-vous un peu folle ? — « Je dois en avoir des degrés. « Personne n'en est garant. » Des incohérences totalement impénétrables, malgré une syntaxe parfaite : « Je suis le premier crayon « de l'Allemagne ; tout passe, même le souci quand on l'applique ». Avec des néologismes : « Mon cas est assez connu, assez quolibet, « assez sauce verte dans le moulin... Nous sommes à la robe verte, « au déshabillage. J'étais l'indicat suisse... » — « J'ai été pos- « sédée par poids et denrées. J'étais la machine, le travail et la « Copenhague... » — « Je suis le Grand Livre... » Fonds mental. Mémoire bonne parfois. Sait les dates exactes de la guerre. « Mon « mari était à l'équipe volante, 7 fois blessé. » Enumère les différentes villes qu'il aurait habité. Souvenirs infantiles vite évoqués. On l'appelle par son prénom : « Ça me rappelle une école en « Haute-Meuse et en Limousin. » Refuse d'écrire, de faire une multiplication. Souvent très agitée, méchante, mais sans suites. Couche en cellule. Inactive. On ne peut rien lui faire faire. Se couche par terre. Mange seule. Il faut la débarbouiller. Déclame toujours.

OBS. n° XXII. — DEL... Marie-Eugénie, f° MAT...

Certificats, 31 octobre 1925. — *Délire hallucinatoire vraisemblablement chronique. Subéthylisme probable. Gaz asphyxiants lancés par un aéro dont elle entend le moteur, poison, bruit de bouteille à poison. Vomissement noir après ingestion de lait, etc... Douleurs gastriques. Voix de l'aviateur lui disant : « On l'aura, on veut ta raison, non ta maison. » Voix d'une voisine, mère du dit aviateur. Elle assiste par l'audition à tout ce qui se passe chez cette voisine. Jalousie. Paroles mystérieuses chuchotées fréquemment par son mari, amant de la voisine et complice. Vision de disques coloriés, précédant des étourdissements ou vomissements. Pituites, tremblement, stase gastrique, amaigrissement considérable. R.O.C. ascendant : 120-132. — D^r DE CLÉRAMBAULT.*

10 novembre 1925. — *Internée pour des idées de persécution avec hallucinations. Revient actuellement sur les déclarations*

qu'elle a fait tant à l'Infirmierie Spéciale qu'à Ste-Anne. Proteste qu'on ne l'a pas comprise, qu'elle s'est mal expliquée ou qu'elle a parlé sous l'empire de la fièvre. Foie volumineux et douloureux. Diarrhée. Probabilité d'alcoolisme chronique. — D^r ROGUES DE FURSAC.

23 novembre 1925. — Excitation intellectuelle avec idées de persécution. Hallucinations auditives. En voie d'amélioration. — D^r MARCHAND.

5 septembre 1930. — Psychose hallucinatoire chronique, hallucinations polymorphes ; idées de persécution et de grandeur, excitation psychique. — D^r ABÉLY.

20 juin 1936. — Psychose hallucinatoire chronique, hallucinations polymorphes ; idées de persécution et de grandeur ; excitation psychique. — D^r ABÉLY.

Délire à thème de persécution : Agression et transformation corporelle ; influence et thème mégalomane, sur une base affective, non de dépression, mais d'expansivité, avec hauteur, ironie, majesté (emploie première personne du pluriel), très adaptée à l'auditoire et à sa mégalomanie. Sentiment d'influence : « J'ai de l'expérience ». Agression corporelle : « L'expérience devait me désigner comme conception, transfiguration. » Va subir l'opération de la « popoparatomie ». On va retirer cerveau et cervelet. transformation corporelle. « Expérience de rajeunissement ». Négation : « Je n'ai plus de cœur », « Il a été retiré ». Se dit « immortelle ». « Une conception, c'est un enfant qu'a comencé une autre femme que soi-même. Quand j'avais 4 ans, on a mis à la place de mon cœur celui de mon grand-père paternel ». Se redonne comme âge plusieurs fois : « 14 ans, 9 mois et 1 journée ». Papa avait 30 ans. « Je suis la fille qui a suscité sa maman ». Prise de pensée. Transformation de la personnalité civile : « On va me prendre ma généalogie et mon état civil. » Elle a été volée à 3 mois en pleines Tuileries. Mégalomanie. « Princesse de Rolande, papa est don Pedro. Pedro est Louis XV. Je suis la veuve du fils de Raspail-Pasteur, du duc de Raspail-Pasteur. Je suis la fille du propriétaire de l'hôpital. J'ai quelques décorations. J'ai toutes les décorations existantes. » Méconnaissance de son père. Contraire du Sosie : « Papa se déguise pour venir me voir, il met un faux masque, un faux corps. Il est beaucoup plus vieux. » Attitude et conversation hallucinatoires.

Langage en général syntaxique. Omission d'article : « Ici j'ai résurrection. » Ellipse banale, « Société et contrôle.... Ceci : chirurgie. »

Fixité de même mot : conception, transfiguration.

Fixité de même phrase : « Je suis esprit d'un corps ».

Fixité de même formule : « Savez-vous qui je suis ? Je suis princesse de Monte-Cristo. — Savez-vous qui je suis ? Je suis la comtesse de Victor Hugo, — Savez-vous qui je suis ? etc... »

L'affectivité n'est nullement en accord avec l'hypocondrie, mais avec la mégalomanie. Hauteur : « De quel droit m'interrogez-vous ? » Vanité : « Ma réticence devrait vous faire voir que je ne suis pas du commun. » Majesté : « Nous voulons bien nous asseoir... »

La mémoire paraît encore assez précise. Sait depuis quand elle est là. Date inexacte, mais « c'est le calendrier orléanais ». La conversation demeure très compréhensible, quand on se tient en dehors du délire. Affectivité cohérente pour une mégalomane. Activité nulle. Inertie totale dans le service. Ne s'occupe de personne. Refuse un deuxième examen. Se souvient du premier ; mauvaise humeur.

Personne ne disconviendra que ces trois malades représentent des cas tout à fait banaux dans la clinique quotidienne d'asile. Nous reconnaissons cependant ne pas les avoir choisis au hasard ; non pas pour apporter des cas rares qui ne seraient qu'apparemment démonstratifs, mais pour apporter au contraire trois types de cas qui nous paraissent les plus fréquents. Et nous avons peine à admettre qu'un même pavillon nosologique puisse recouvrir ces trois malades. La première malade (obs. I) est caractérisée par le développement cohérent, compréhensible de son délire ; on en suit facilement tous les détails qui viennent en enrichir la claire architecture. D'autre part le fonds mental est remarquablement conservé. S'il fallait rapprocher ce délire d'autres délires connus, nous penserions plutôt au délire d'interprétation de SÉRIEUX et CAPGRAS. La seule opposition classique à ce rapprochement serait la présence d'hallucinations chez cette malade. Toute la question justement est là. Entre deux organisations délirantes très voisines, doit-on maintenir une cloison étanche pour la seule présence d'hallucinations dans une de ces organisations ? Tout notre travail tendra à admettre qu'un tel ostracisme paraît mal fondé et illégitime.

La deuxième malade (obs. n° XIV) nous apparaît très lointaine de la première. Evidemment elles sont hallucinées toutes deux. Le problème identique se pose à nouveau. Est-ce suffisant pour leur assigner le même cadre nosologique ? Nous ne le pensons pas. Ce délire incohérent, impénétrable, hérissé de locutions néologiques, cette improductivité psychique, cette inertie pragmatique, ces réactions affectives discordantes donnent un tableau très analogue à ceux que réalisent les formes

délirantes de la démence précoce, c'est-à-dire les démences paranoïdes de KRÆPELIN.

La troisième malade (obs. n° XXII) témoigne qu'il y a encore d'autres organisations possibles en marge de ces deux grands cadres kræpelinien auxquel l'observation clinique nous conduit : paranoïa et démence précoce. Cette psychose hallucinatoire chronique semble ressortir, à titres divers, à ces deux cadres.

Le délire par son invraisemblance, ses stéréotypies rappelle ceux de la démence précoce, avec cependant une prépondérance des facteurs imaginatifs inhabituelle. Mais si on porte la conversation sur un autre terrain que celui du délire, on est étonné de la pertinence des réponses et de l'état encore vigoureux des capacités logiques et affectives. Ce sont ces cas qui ont imposé à KRÆPELIN le cadre de ses paraphrénies.

Mais nous ne cherchons pas tant pour le moment à défendre le point de vue kræpelinien, qu'à essayer de rendre patente la diversité des délires que la notion de psychose hallucinatoire chronique a réussi — très artificiellement, semble-t-il — à grouper.

III. Unité d'évolution

Cette diversité se retrouve également quand on compare les évolutions respectives de plusieurs cas de psychose hallucinatoire chronique. Nous en apportons comme démonstration toutes les observations (37) d'un même service, vues avec un recul d'au moins six ans. Pour que ces observations puissent être revues en fonction des conclusions nosologiques de la seconde partie de ce travail, nous anticiperons sur la terminologie qui ne sera proposée que plus loin, mais que le précédent paragraphe (Unité de structure) pouvait déjà laisser prévoir. Actuellement nous voulons seulement mettre l'accent sur le fait suivant : pas plus que d'une commune organisation structurale, ce n'est pas d'une identité d'évolution que pourra se réclamer la prétendue unité des psychoses hallucinatoires chroniques.

Les différences d'évolution que manifesteront ces délires entre eux vont se superposer en partie aux différences qu'im-

posait l'analyse structurale. Et nous pouvons d'emblée grouper ces observations en délires de structure paranoïaque et délires de structure paranoïde.

A. Délire de structure paranoïaque

1° Un premier groupe de ces délires paraît avoir évolué sans affaiblissement notable du fonds mental. Nous entendons par là la conservation dans la vie de l'asile d'une activité pratique efficace et adaptée.

Nous reconnaissons volontiers l'insuffisance de ce barème qui n'est ni très objectif, ni peut-être très sévère. Mais d'une part, nous avons renoncé à comparer l'état de ces malades à leur état antérieur. C'est une tâche impossible que seuls pourraient réaliser des familiers de longue date. D'autre part, les tests que nous avons essayés nous ont paru très difficiles à appliquer, déroutants pour la malade, et du reste peu utiles par manque de points de comparaison. Les meilleurs points de comparaison pratique nous paraissent être donnés par les infirmières ; elles sont les mieux placées pour apprécier les différences de *rendement* dans l'activité des malades depuis leur internement (antérieur à 1930). Nous cherchons du reste à comparer des évolutions entre elles, et non point à faire un bilan absolu de chacune.

OBS. n° I. — Cf. page 27.

OBS. n° II. — SEG., Clotilde, Veuve MART., 76 ans.

Certificats, 20 mai 1921 (61 ans). — *Débilité mentale*. Disposition paranoïaque. *Idées délirantes de persécution et de revendication. Expulsée de son logement, la malade persiste à y demeurer, couche dans l'escalier ; injurie et menace la concierge et les locataires. A brisé plusieurs carreaux de la loge de la concierge. Croit avoir été expulsée par un faux commissaire et des bandits. Son fils et l'oncle de son gendre veulent s'emparer de son mobilier et la faire disparaître. Parle de manœuvres d'hypnotisme. On la fait tomber sur le sol par suggestion à distance. Nombreuses interprétations morbides. Excitation psychique actuelle. Volubilité. Exaltation passionnelle. Protestations indignées et réclamations menaçantes. Disposition processive. Aurait été soignée il y a 25 ans pour « anémie cérébrale ».* — D^r LOGRE.

27 mai 1921. — *Débilité mentale primitive*. Affaiblissement sénile des facultés, raisonnements enfantins et compliqués, idées de préjudice, subit des persécutions de son entourage depuis quelques semaines. — D^r LEGRAIN.

9 juin 1921 — *Débilité mentale avec affaiblissement des facultés, idées de persécution à tendance systématique. Délire apaisé et en voie probable d'éclipse.* — Dr LEGRAIN.

23 décembre 1926. — Psychose hallucinatoire chronique. *Interprétations fausses. Idées d'influence et idées de persécution.* — Dr MARCHAND.

16 juillet 1935. — Psychose hallucinatoire chronique : *hallucinations auditives et psychiques ; idée de persécution.* — Dr X. ABÉLY.

Premier séjour : octobre 1893, août 1895, 33 ans. C'était de l'hypnotisme. Saute d'un train arrêté, saute dans une haie : « J'entendais que si je me jetais à la rivière, je serais guérie tout de suite. J'entendais, j'en entendais. Je ne pouvais pas lire ; un mot me faisait des phrases. » C'était plus fort qu'elle. Réveille, une nuit, tout le monde « pour les sauver ». « C'était absolument de la démence ». A vu la Vierge, avec des rayons au bout des doigts. « Si prompt qu'elle ne sait si c'était quelqu'un ou dans sa tête ». Quand son mari la reprend, entend toujours beaucoup « mais je pouvais surmonter ».

1895-1921. Troubles insignifiants. C'étaient « des impressions » intérieurement. Mari meurt en 1901. S'installe couturière, ne pense pas à se remarier. 1915, gendre meurt à la guerre. Sa fille fait un accès de dépression et est internée (l'est encore).

Deuxième séjour (1921). Surmenage. Sent un voile sur son cerveau. « J'aurais dû me reposer trois ans ». Depuis déjà longtemps le pain paraît suspect. Suppose malveillance de la boulangerie, soudoyée par sa propre sœur. Se souvient de son arrestation : carreaux, commissariat, dépôt, mais pas de précisions. « Je n'étais pas bien lucide. J'étais hypnotisée. Ils ont bien vu que je n'étais pas ordinaire. » Les voix parlent toujours beaucoup. Mais c'est « tellement insignifiant ». « Des choses toutes ordinaires, pas d'injures ». Depuis 1930, *espèces de sensations*, dans le ventre, au cœur. Reste persécutée par sa fille. Délire très compréhensible. Très désarmé maintenant. Et même minimisé rétrospectivement. *Pensée courante* (1) remarquablement claire, lucide, cohérente. Mémoire excellente. Calme mental facile. Mauvais état physique. Ne travaille plus.

OBS. n° III. — Osw., Marguerite.

Certificats, 21 février 1930. — Psychose hallucinatoire chronique. *Echo de la pensée. Enonciation des actes. Influences corporelles diverses. Mégalomanie prédominante. Descend de la Maison de*

(1) Nous employons cette expression elliptique pour désigner l'activité psychique de la malade quand on quitte le sujet proprement délirant. Il ne faudrait nullement en inférer un retour à la notion de *délire partiel*, où l'idée délirante vient parasiter une pensée par ailleurs saine. Le reste de ce travail affirmera nos préoccupations beaucoup plus totalitaires.

Bourgogne, doit épouser Jean d'Angleterre, etc... Méconnaissance systématique de ses origines. Ses père et mère ne sont que des parents adoptifs. Son père adoptif voudrait l'épouser. Démarches continuelles au Parquet pour faire modifier son état civil. Début par une période mélancolique, semble-t-il (1919) ; déféstration à cette date, fracture du bassin, douleurs sciatiques actuellement. Coprostase, stigmates de dégénérescence. Chétivité. Mère internée depuis 1919. — D^r DE CLÉRAMBAULT.

Antécédents. — Grand'mère maternelle épileptique. Une tante paternelle morte de folie. Un oncle maternel épileptique (fièvre cérébrale). Mère internée depuis 1903 : persécutée mélancolique. Aurait tenté de s'asphyxier avec son fils ; tenté aussi une déféstration. Tout va bien jusqu'à la guerre. Sérieuse, précise, aime sa mère. Fréquente tout le monde. Part à la guerre comme infirmière, 22 mois. Très frappée par la mort de son père, tué. Abattue, pensive. A eu à cette époque la grippe au moment de l'épidémie ; néphrite avec troubles cérébraux. Défenestration. Premier internement avril 1919-avril 1920. *Dépression mélancolique confusionnelle avec suicide* : fracture du bassin, paraplégie et incontinence. Amnésie lacunaire à l'époque. Sort en 1920, non guérie. Toujours excitée. Va chez le commissaire rectifier son état civil ; met de l'eau de Javel pour purifier... Deuxième internement, 22 février 1930. *Psychose hallucinatoire chronique.* Mégalomanie. Père adoptif veut l'épouser. Persécutions, hallucinations, interprétations.

Délire, très classique. Injures : « Ce sont des enfants qui parlent » dans le grenier, ils entendent ce qu'on dit. Ils se mêlent à la « conversation ; ils répondent juste à ce que l'on va entendre. Ils « sont stupéfiants de précision. »

« Ils connaissent le chapitre où j'en suis. Ils disent : « J'ai le « même ». Ils lisent exactement et ils en parlent. Doublage et commentaire de la lecture. Sa pensée demeure libre. Transformation sexuelle de l'entourage. « Il y a des « synoques » qui seraient « des hommes bisexués, ayant des règles comme les femmes. Les « infirmières sont des hommes en jupons, tous châtrés ; mais ils « ont une odeur d'homme. Ils le disent eux-mêmes. Ils ont la vraie « femme en horreur. » Ils la persécutent surtout par l'électricité parce qu'elle ne veut pas se mettre nue davantage. Ils ne l'ont pas violée. « La T.S.F. me réveillait en sursaut. » D'autres malades auraient voulu la « tripoter ». — « Et moi je ne les aime pas. Je « le refuserai à mon propre mari ». Des tas d'hommes abandonnés auraient aimé aller avec elle. Elle précise du reste le motif de ce refus : « Un homme de ma caste ne doit jamais avoir une femme « qui s'offre. C'est le mari qui impose ; quand il n'est pas là, la « femme n'a qu'à attendre. » Méconnaissance de ses origines : transformation mégalomaniacale. Descend de la Maison de Bourgogne, est princesse d'Angleterre... Délire très compréhensible. Souci de rationaliser toutes les projections de ces conflits intérieurs qui apparaissent néanmoins assez clairs. Mimique adaptée, ni barrage,

ni discordance. Résignée, bonne humeur : « Mais je ne fais plus « attention. Ce sont les oreilles qui entendent. »

Pensée courante très normale. Attention bonne. Mémoire bonne. Calme mental, un peu laborieux. S'en rend compte : « Je suis « un peu rouillée ». Activité. Très méfiante à l'empoisonnement. S'occupe bien d'elle. Ne fraye pas avec les autres malades. Même état qu'à l'entrée. Parfois gaie ; se fâche de ne pas sortir.

OBS. n° IV. — Rod., Eugénie-Anastasie, 64 ans.

Certificats, 13 janvier 1930 (58 ans). — Psychose hallucinatoire chronique, écho des actes, commentaires à plusieurs voix ; ordres et informations suivies, annonces globales et détaillées, roman auditif spontané, faibles auditions interprétatives, pseudo-constats ; papiers dérobés et rapportés, sommes fabuleuses provenant de quêtes, de legs et de dons déposés à son nom, puis prêches en sa faveur dans de nombreuses Eglises de Paris et en Province ; travail constructif sur base hallucinatoire, généalogie illustre, recherches dans les Inscriptions et aux Archives, projections de lumières, début il y a 10 ans, ménopause, déplacements de cause délirante. Plaintes au Procureur, démarches répétées, aménité et expansivité, tuberculose guérie. Pouls : 94, R.O.C. 76. — D^r DE CLÉRAMBAULT.

1^{er} mars 1930. — Délire de persécution ; idées de grandeur ; hallucinations auditives. Prise de pensée. Tentative ancienne de suicide par section des artères du poignet. A maintenir. — D^r MARCHAND.

30 janvier 1936. — Délire de persécution et de grandeur avec hallucinations auditives et excitation psychique. Peut être transférée. — D^r X. ABÉLY.

Délire. — Idées de persécution que l'on trouve souvent groupées autour de pivots affectifs ; ni mariée, ni enfants (regrets). Filleul de guerre devenu son amant. Tentative de suicide. « C'est un tohu-« bohu. C'est un endroit d'expiation, on me fait passer toutes les « fautes de ceux qui sont ici en mon nom. Car il y a au moins « 50 personnes qui sont visitées en mon nom. Ce sont des enfants « naturels qui n'ont pas de nom ». — « Je crois qu'il y a à la tête « de la maison deux maîtres : pour ou contre la religion. M. Ab... « est jurisprudence. Il fait Caïn et Abel, un jour blanc, un jour « noir. » Réclame des « crises d'honnêteté ». On lui dit que « ceux qui se sont suicidés ont droit à la vie, mais pas à la liber-« té ». — « Moi je réponds : ce sont ceux qui ont conduit au « désespoir qu'il faudrait faire expier ». Réclame des dommages-« intérêts. Son ancien amant lui parle, avec un prénom familier qu'il « était seul à connaître. Il est là. Il roule dans la maison, fait de la « cuisine au-dessus. Hallucinations génitales : cela ne peut être lui, « car « il était très fatigué. C'était un homme très superlatif ». Voix

bienveillante. Un jour se prétend représentant du Saint-Père. « Je
« lui ai dit les 5 lettres ». Grandeur. On a cru à sa mort. Mlle S... a
touché 1 million. D'autres aussi. Les capitaux se doublent tous les
ans. Seule elle n'a rien reçu. « Je suis en substitution de Mlle S... »,
dernière maîtresse de son ex-ami. Descend d'un Pape de 1326 : A
Saint-Etienne-du-Mont avait vu par hasard sur le marbre un Pape
du même nom que sa mère : Ver. Elle vérifie dans le d'Hozier.
Va à la Nationale, ou un manuscrit parle d'un Rodet de 898.
Fin 1929, le Palais lui décerne 5 Grands-Croix et 12 récompenses.
« Je suis nommé Conseiller d'Etat pour les œuvres sociales
« par M. Lebrun, sur recommandation de son beau-père Doumer.
« Je demande d'être bientôt honoraire de la Préfecture. » —
« Allègue des milliards de milliards, sous forme de dons, legs,
« dommages-intérêts et titres. » Délire parfaitement compréhensible.
Idées de grandeur, conserve quand même une certaine cohérence
dramatique.

Pensée courante cohérente, pénétrable. Mémoire, orientation
excellentes.

OBS. n° V. — ROISS., Marie-Léonie, f° COL., 65 ans, 20 juillet 1923
(52 ans).

Certificats, 29 juillet 1923 (52 ans). — *Etat d'aliénation mentale
caractérisé par un état dépressif très marqué, avec idées délirantes,
mélancolie, délire de la persécution, insomnies persistantes,
idées de suicide, avec tentative d'exécution.* — D^r VANET.

30 juillet 1923. — *Délire de mélancolie. Idées de culpabilité. Tentatives récentes d'empoisonnement. Fièvre.* — D^r COLIN.

12 août 1923. — *Délire mélancolique avec scrupules, idées
d'auto-accusation. Tentative de suicide avant l'internement ; légèrement
améliorée, mais doit encore être maintenue.* — D^r SÉRIEUX.

10 mai 1927. — *Délire de persécution avec hallucination de l'ouïe,
interprétations délirantes. Réactions mélancoliques. A fait avant
l'internement et au cours de son séjour plusieurs tentatives de suicide.
Excitation psychique. Récriminations contre le personnel.
Chronicité. Peut être transférée.* — D^r SÉRIEUX.

Délire : à toujours été — d'après la malade — à thème de persécution.
Au début : on rit sur son passage, on veut la ridiculiser. Son mari n'y
croit pas. Elle fait de la neurasthénie. Interprétation. Ça fait sortir
les commerçants. C'est fait *exprès*. Ses dents tombent, non gâtées.
Ménopause deux ans avant. Internée à Ste-Anne en 1923. Refuse d'en
parler : « On se demande si un Dieu existe, « quand on voit des
maisons aussi abjectes. » Reconnaît, dans les infirmières, des femmes
de chez elle. On racontait « derrière la « palissade » toute son
existence. Son lit remuait par influence du courant électrique. Sa
lassitude du matin témoignait qu'on abusait d'elle pendant son
sommeil.

Est à Villejuif depuis 1927. Bien plus calme. Plus que maintenant ! « C'était bien moins mélangé que maintenant : il y a des « vieilles qui font caca par terre, qui urinent partout (exact). » Insultes : « On vous travaille la tête... On fait de l'électricité. » — « La nuit je dors, je ne désire pas approfondir ce qui se passe. Mais il n'y a aucun indice qu'on abuse de moi. » Délire tout à fait compréhensible. Affectivité adéquate, véhémence et même agressive à la fin de l'examen. Au début paraissait plus désabusée : « Je « ne me plains jamais. Je ne lui parle plus (au Docteur). C'est fini. » Pensée courante très adaptée, très pénétrable. Mémoire excellente sur toute sa vie. « Je suis bien affaiblie. J'ai le cerveau qui « me paraît bien se souvenir. Cependant il y a des dates (quand « mes parents se sont mariés) que je ne peux que difficilement « retrouver ». Petite vieille propre, correcte, bien coiffée. Légère vanité sur l'excellence de son ménage, la correction de son travail.

2. Un second groupe de ces délires à structure cohérente et compréhensible groupe des cas où existe un certain degré d'affaiblissement psychique. Nous reconnaissons que la limite avec le groupe précédent est assez artificielle et que tel cas serait peut-être mieux placé dans l'autre groupe. En réalité, nous ne cherchons nullement à subdiviser des délires auxquels la structure paranoïaque confère une très suffisante unité. Nous tenons surtout à montrer la *qualité* de l'affaiblissement psychique de ces délires : c'est un affaiblissement banal, généralisé à toutes les facultés ; c'est un manque de vigueur psychique dans tous les domaines. Cela rappelle un début de démence sénile simple (parfois en cause, du reste), ou encore l'état de certaines paralytiques générales impaludées : elles ont récupéré l'ensemble de leurs capacités, mais elles demeurent *pas très intelligentes*, au-dessous de leur niveau précédent.

OBS. n° VI. — BOUR., Marie, f^e LEMAN., 70 ans.

Certificats, 1^{er} mars 1924 (57 ans). — Automatisme mental. *Enonciation des actes ; réponses à ses pensées, ironies, flatteries. Instruments pour voir et pour parler ; fils de la Tour Eiffel. Voix menaçantes et injurieuses. Paresthésies, mécanismes nés depuis deux mois. Démarche au Commissariat. Invasion par deux accès mélancoliques et anxieux ; tentative de suicide... Réticence extrême, douleur affectée, mendicité. Troubles anciens de l'humeur et du caractère.* — D^r DE CLÉRAMBAULT.

9 mars 1924. — *Affaiblissement prématuré des facultés, allures un peu enfantines, tendances à la dépression, écho de la pensée,*

hallucinations de l'ouïe, croyances à des influences à distance. Rechute. — D^r LEGRAIN.

Dépression mélancolique (23 août 1921-31 mars 1922). Délire de *persécution* avec machineries : « C'est un bandit dangereux ». Petit trou au-dessus du lit pour tuyaux... Attitudes hallucinatoires : « Sale putain, qu'est-ce que tu vas prendre à 10 heures. » — « Ils m'insultent... Ça sent mauvais... ça m'empoisonne. » Esthésie douteuse : « Ils font exprès de causer bas quand vous êtes là. Ils font causer les malades pour dire de vilaines choses. Mais moi je n'en tends rien. » Interprétations nettes : « Ils font sortir des fous dangereux, il y en a plein dans le jardin... Il a fait mourir de bons travailleurs qui travaillaient aux patates... Ils mettent des tuyaux dans la tisane, ça mousse... Ils font causer deux folles dans le dortoir. » Pas d'hallucinations psychiques. Rien de pseudovisuel. Délire compréhensible, pénétrable, à systématisation pauvre, peu productif.

Pensée courante pénétrable, mais affaiblie. Gros affaiblissement mnésique : désorientée dans le temps (date de naissance). Non désorientée dans l'espace : Villejuif, quartier. Souvenirs qui restent : anciens (mariée à 17 ans), affectifs (noces d'or). Ne sait pas le nom des médecins. Pas de fabulation, pas de fausses reconnaissances. Activité intellectuelle faible. « Je ne sais pas tout ça ». Travaillait au début au raccommodage. Inactivité actuelle.

OBS. VII. — CHOL., Marie-Léontine, f^e FISCH., 71 ans.

Certificats, 30 septembre 1918. — *Délire d'interprétation avec illusions, interprétations et délire systématisé à prédominance d'idées de persécution ; on l'épie, on la suit, on fait passer des tramways qui cornent exprès devant chez elle, on bouche ses cheminées pour qu'elles tirent mal, le boulanger fait du mauvais pain, spécialement pour elle. Ce sont les voisins et les concierges qui se livrent à toutes ces méchancetés, etc. Excitation, colères, menaces et scandales à son domicile.* — D^r DELMAS.

31 octobre 1918. — *Dégénérescence mentale avec illusions, hallucinations, interprétations fausses et prédominance d'idées de persécution. Excitation par intervalles. Chronicité probable.* — D^r M. BRIAND.

15 novembre 1918. — *Léger affaiblissement des facultés, idées de persécution, interprétations délirantes, hallucinations.* — D^r LEGRAIN.

18 juillet 1931. — *Délire chronique de persécution : l'internement sera de longue durée.* — D^r X. ABÉLY.

Délire de persécution. Réticente. Nie toutes les persécutions des certificats. Ne se plaint que du bruit du quartier. Injures, invectives. D'après les infirmières : déclame encore contre ses voix.

On lui enlève son fils, on l'empoisonne. Pas de colères depuis deux ans. Délire parfaitement compréhensible. Pensée courante, de structure normale. Malade très adaptée. Parle très volontiers. Mondanité. Gentille, polie, docile, toujours souriante et aimable (jamais de cris contre les malades). Fonds mental : paraît excellent. Cependant : très bien orientée, mais on ne sait pas depuis combien de temps ? Ne sait pas la date d'entrée (oct. 1918). Inhibitions affectives ou lacunes confusionnelles : car elle ne sait pas quand la guerre a fini (a commencé en 1914, a duré 3 ou 4 ans (?). Sait que c'est le 10 novembre.

Orientée dans l'espace : « Ce sont des casernes. » Ne sait pas que ce sont des fous (ne veut peut-être pas). Ne demande jamais sa sortie. Vit un peu isolée. Ne rend aucun service (âgée). Fait petite cuisine seule (mésiance !). Ne travaille pas du tout, lit des journaux ; ne paraît pas s'ennuyer.

3 fois 7 ? « Ah ! j'ai tout appris en fait de chiffres. » Légère majoration qui contraste avec son impuissance. Refuse un petit problème : « C'est pour des boniches ».

OBS. n° VIII. — COA., Anna, Jeanne, Louise, f^e DEUF.

Certificats, 15 décembre 1934. — Psychose hallucinatoire. Actuellement très réticente, ne répond que de façon imprécise. Attitudes confirmant l'existence d'hallucinations auditives. A observer. — D^r BRIAND.

19 août 1935. — Délire chronique de persécution et de grandeur. Phénomènes hallucinatoires très intenses. Excitation intellectuelle. Déclamations continuelles. A fait l'objet d'une réintégration dans les Asiles de la Seine. Peut être transférée. — D^r HUMBERT.

24 août 1935. — Démence paranoïde. Délire incohérent. Excitation. — D^r ROGUES DE FURSAC.

6 septembre 1935. — Psychose délirante hallucinatoire, excitation psychique, incohérence délirante. A maintenir. — D^r X. ABÉLY.

Malade délirante depuis 1930. Difficile à interroger. Excitation et réticente. Persécution « de viols, de mort, des orgies ». Prend des airs entendus. Il faut montrer qu'on comprend à demi-mots. « Il faut retrouver les plans de la défense mobile volés en 1907 ». Grandeur : Président de la République et de l'Académie des Sciences. Villejuif et Plouguernevel lui appartiennent. Elle tient aussi la Société des Nations. Délire très compréhensible. Malade très adaptée quand elle veut bien parler. Affectivité adéquate. Entend la plaisanterie, y répond. Langage syntaxique. Fonds mental : difficile à explorer systématiquement. En avance d'un mois et demi sur le calendrier. 3 fois 7 ? Essaie, mais n'en sort pas. Inactive dans le service ; mais propre, bien tenue. Ecriture, orthographe d'illettrée, mais ses doléances sont compréhensibles.

OBS. n° IX. — LANU., Martine, Marie, Jeanne, Veuve PERR., 60 ans.

Certificats, 12 octobre 1919 (43 ans). — *Excitation psychique avec conceptions polymorphes. On l'insulte, la menace, l'empoisonne, on bouche ses cabinets. Episodes anxieux. Voix de la sirène présageant sa mort, craintes de feu et d'inondations. Satisfaction orgueilleuse, érotisme, nombreux admirateurs en tous lieux. Cris. Chants, soliloque. Pouls : 80. Début il y a quelques semaines. Probabilité d'accès maniaque.* — D^r G. DE CLÉRAMBAULT.

13 octobre 1919. — *Agitation hypomaniaque avec idées de persécution. Craintes d'empoisonnement.* — D^r M. BRIAND.

Délire de persécution. Jalousie autour d'elle au début. Tracasseries de palier : « Je suis une grande mutilée, par leurs pensées. » « C'est la plus triste société qui se puisse connaître. Elles font du » « crochet et profitent de leurs aiguilles. Je sens en moi-même » « qu'elles ne font pas de bien avec ces aiguilles. Elles pensent bien à » « ces organes génitaux. » Menaces. Injures. Courants électriques. » « Au lit on cherche à me donner des coups de pieds. » Prise de la pensée : « S. se permet tout. » « Mais ce qui me fait le plus mal c'est » « quand elle outrage le nom du Bon Dieu. » Grandeur : notée depuis 1923. Princesse Marina d'Angleterre, miss France, fiancée au duc de Kent, vicomte de La Selle, qui serait interné aux Hommes, à l'asile. Son père est M. Pierre, qui vient chaque semaine remonter les horloges. Pour aller à l'enterrement du roi d'Angleterre, elle a demandé une permission qui lui a été refusée. Fortune illimitée, par la production de l'or. « Il ne faut pas le dire. » Elle a sa retraite du Gaz de Paris : 6.000 fr. par an, plus 200.000 fr. par mois. « Je suis propriétaire en biens de mineurs. » Me signe un chèque de 300.000 francs. « Dieu est notre Créateur. Je suis sa fille. Je me » « recommande à lui. » Euphorie : « Je suis très heureuse de ma » « personne, d'être au monde, d'avoir rendu les services que j'ai » « rendus. J'ai même été félicitée par le Commissaire de Police de » « mon quartier. » Structure délirante, parfaitement compréhensible ; pas agressive ; bonhomie indignée. — Grandeur très naïve, enfantine, avec satisfaction puérile. Bonne humeur et bienveillance. — Comportement d'une débile. Pensée courante très cohérente, adaptée. Mémoire bonne. Opérations médiocres. Travaille bien à la couture.

OBS. n° X. — GRAND., Marie-Thérèse, f^e BOUR., 59 ans.

Certificats, 7 mai 1921 (44 ans). — *Psychose hallucinatoire chronique. Idées délirantes de persécution et de jalousie. Influence à distance. Electricité. Machines magnétiques. Hallucinations auditives, olfactives, cénesthésiques. Conversations continues par la T.S.F., auxquelles elle répond « du tac au tac ». Hallucinations psychomotrices. Adaptation relative à sa situation. Elle est à peine gênée de se sentir surveillée et épiée, même pendant sa toilette. Reproche seulement à ses persécuteurs de l'endormir avec de la*

morphine et du chloroforme pendant la nuit. Eprouve quelque satisfaction à l'échange des conversations et des injures. Désignation de ses persécuteurs : son oncle, son mari. Désordre des actes. Excitation psychique actuelle. Loquacité intarissable. Insomnie. Turbulence. Cris. Injures contre les persécuteurs et les voisins. Tendance à l'obésité. Hyperthyroïdie. Tachycardie (100). Internée de 1915 à 1919. — D^r HEUYER.

27 mai 1921. — *Psychose hallucinatoire, hallucinations, troubles sérieux de la sensibilité générale. Etat permanent d'hypomanie. A maintenir. — D^r LEGRAIN.*

30 juillet 1936. — *Psychose hallucinatoire chronique. Est atteinte depuis quelques jours d'une agitation intense qui rendrait son transfert très difficile. Il y a lieu d'y surseoir. — D^r X. ABÉLY.*

Oncle paternel interné à Villejuif. Le dossier, en 1927-1929, signale : Réticence, dénégation : « Je n'en sais rien. » Délire actuel très peu explicite. Réticence : « Rien, non, je ne sais pas. » Et qui vous dit que j'ai des voix ? Je ne sens rien, je suis bien. » Cependant dans le service elle se fâche et répond grossièrement à ses voix, alors qu'elle est très patiente et très polie avec tous. « Je ne leur dis rien, mais ils se fâchent, alors je me fâche. » « Je leur réponds ce qu'ils me disent. » Conversation hallucinatoire : « Qu'est-ce qui ?... C'est le juge de paix. » Interprétations délirantes rétrospectives. N'a eu aucune grossesse : « On a dû m'en empêcher. Je ne vois pas, je ne sais pas ce qu'on m'a mis devant les yeux. » *Influence* : on lui fait faire une multiplication : « Je ne sais pas, je ne peux pas. On m'empêche. Si j'étais libre, je le pourrais bien. » Ne reconnaît pas son écriture. « Depuis 10 ans c'est la seule chose que j'écris. Ce doit être Camille qui me fait écrire comme cela. J'ai une cousine qui écrit comme ça. » Structure délirante paraît compréhensible dans le peu qu'on en aperçoit. Quelques phrases cependant obscures : « On me disait qu'on lui faisait faire (son mari) des enfants, pour savoir ce qui se passait chez nous. » (Jamais de grossesse). — Votre mari vous trompait ? « Oh ! non. Parce qu'il y a des cas spéciaux... » Se fâche et injurie ses voix. En parle avec sourire et résignation : « Maintenant je ne m'ennuie pas beaucoup. Je n'ai pas beaucoup de joie de partir chez moi. » « Tout le monde est gentil. » Parle de ses voix en riant. S'apprête parfois à rectifier ; on lui aurait pris toute sa correspondance à « moins qu'on ne m'ait pas écrit ». Pensée courante tout à fait cohérente et adaptée. Malade et médecin très à l'aise. Langage syntaxique. Ni geste, ni actes absurdes. Mémoire médiocre : « Année en cours, 1935-7-9 ? mais ça ne me touche pas. » Faits anciens bien évoqués. Très imprécise sur la guerre ; mais elle a été internée en 1915. Sait que c'est ici une maison de fous. Sait faire le pot au feu, quelques opérations mentales simples ; mais ne peut pas faire une multiplication. A eu son certificat d'études « tout juste... ». Très bonne travailleuse (cuisine) (déjà noté en 1929).

OBS. n° XI. — GUIL., Marie, Veuve QUA., 56 ans.

Certificats, 9 sept. 1929 (49 ans). — Psychose hallucinatoire évoluant depuis plusieurs mois. Idées de persécution mal systématisées. La cuisinière et la concierge s'entendaient dans son ancienne place, avenue V.-H., pour la faire passer pour folle et la faire renvoyer afin d'en mettre une plus jeune. Elles ont continué ici et elle les entend chez le locataire du dessus. On la suit dans la rue et dans le métro ; c'est certainement la police. On lui dit de vilaines choses, des sottises, des injures. On voit à l'aide de périscopes et l'on sait tout ce qu'elle dit et fait ; on le répète au dehors. Tout le monde est au courant. Enonciation des actes. Echo de la pensée. Hallucinations olfactives. Odeur de chloroforme. On veut l'endormir. Troubles cénesthésiques. Sensations d'être « aimantée ». Sentiment d'automatisme mental. Insomnie. Répond à ses voix. Cris, insultes. Vellétés de porter plainte contre ses prétendus persécuteurs. Refus de traitement. — D^r R. DUPOUY.

3 avril 1934. — Psychose hallucinatoire chronique. Le séjour à l'Asile sera de longue durée. — D^r X. ABÉLY.

Persécutée par les « périscopes » : ils parlent perpétuellement et disent des imbécillités. Agression corporelle : « Je n'ai pas les cils « que j'avais. Ils consomment. » Interprétations et pseudo-hallucinations : ses dents, qui ont été excellentes, sont maintenant abîmées. Ce sont les périscopes qui font bourdonner ses oreilles, qui font envoler ses cheveux, comme des ventilateurs. (Elle porte un chapeau en papier pour s'en défendre). « Ce sont comme des « téléphones. » Elle ne peut pas se rendre compte si elle dort bien, car on l'intoxique « au chloroforme, tous les soirs. Ils mettent toutes sortes de saletés... de la putréfaction ». Montre des piqûres faites à son cou. On la suit. On répète sa pensée, on répète ce qu'elle fait : « Tout est installé. » Les périscopes déformeraient son écriture et sa signature. Refuse d'écrire : « Je les sens déjà « dans ma main. » Pas d'agression proprement sexuelle : « Peut-être pendant le chloroforme. » Les périscopes qui l'ont amenée ici ne peuvent plus « repartir. Ils sont gardés à l'intérieur. C'est « eux qui l'ont dit. » « Ce sont des ânes et des bourriques. » « Ils « commandent aux autres malades : Fais ceci, fais cela, et c'est « eux qui les font crier. »

La malade précise le caractère pseudo-sensoriel de ses informations : « Quand ils parlent à vous, ils se tournent de l'autre côté. « Quand ils me parlent, ils vous rendent sourd ; et quand ils vous « parlent ils me rendent sourde. » (C'est nier d'avance toute possibilité de discussion !)

Structure : très compréhensible, très pénétrable, cohérente. Néologisme psychologique : « Périscopes » ; désignation dès le début. Mots déformés : « Ce sont des spas... » (spasmes ?). « C'est « nerveux. Je me réveille, il n'y a personne : c'est spasmélère (?). « Il y a parfois des « écœures » dans le nerf dentaire. » Mode de

raisonnement rappelant le syncrétisme de l'enfant : « On enfante « dans les hôpitaux des malades, dans les prisons on enfante des « prisonniers qui vont voler partout, tous les vols qui sont sur les « journaux. C'est le périscope qui raconte tout cela. »

Pensée courante: parfaitement compréhensible. Mémoire: paraît bonne, sauf guerre terminée en 21 ? a duré 7 ans !! Petits travaux mentaux bons. Bien orientée. Activité : petite vieille tranquille et propre. Très syntone, demande sa sortie. Se dispute avec ses voix. Complètement inactive : « Ils sont bien assez nombreux pour balayer ».

OBS. n° XII. — MEIL., Fernande, Veuve LAP., 53 ans.

Certificats, 13 août 1928 (45 ans). — Psychose hallucinatoire chronique. Automatisme mental : transmission de pensées. Conversations par la pensée. Voix qui lui parlent dans le cerveau, lui soufflent les mots qu'elle cherche : ce sont des voix connues, de la famille ou de ses amis. Il y a aussi une voix inconnue qui est menaçante : « Tu vas mourir. » Fausses reconnaissances. Intuitions, elle ne reverra pas son fils qui est menacé de mort. Elle sait que sa fille a été violée. Elle sait qu'on a essayé de l'empoisonner. Suspensions délirantes : on vole les lettres qu'elle adresse à son fils. Hallucinations cénesthésiques : effluves électriques sous la tête ; sensations voluptueuses nocturnes. Eléments oniriques. Début remontant à plus d'un an. Evolution entrecoupée de crises anxieuses, surtout au moment des règles. Bon état général. Pas de signes somatiques. — D^r H. PICHARD.

14 août 1928. — Psychose hallucinatoire en évolution, idées actives de persécution et d'influence. Quelqu'un lui en veut. Il lui travaille le cerveau pour la fatiguer. On l'empoisonne. On va la tuer. Entend dire qu'il faut qu'elle se donne, mais ne sait pas à qui. Reproches, insultes, menaces, transmission de pensées, intuitions multiples. Gaz. Sensations sexuelles. On cherche à abuser d'elle ; dépression, anxiété. Quelques idées de suicide « commandées ». — D^r R. DUPOUY.

21 septembre 1936. — Psychose hallucinatoire chronique. Peut être transférée. — D^r X. ABÉLY.

D'après la sœur, niés par la malade, troubles mentaux en 1920. Pendant deux mois, à la suite de la mort de son mari : voix, policiers qui la suivent. Mère aurait fait une fièvre cérébrale, il y a 35 ans.

Le délire : « Tout un complot du quartier. » Agression corporelle, perpétuelle, la nuit, le jour. « Electricité. Ce sont les radios « électriques qui servent à des fins protectrices, mais ici on s'en « sert à des fins meurtrières. » Décharges électriques dans la tête qui la foudroient par terre (interprétation de lypothymies que la malade a fréquemment quand il fait chaud). « On l'endort au

« chloroforme. » « On m'a tout esquiné le vagin. Mes règles sont
« arrêtées depuis 1930. Cela m'a retiré toute la moelle, tous les nerfs.
« Je ne veux pas accepter l'amour artificiel, comme ils disent... Ici
« c'est de la gougnoterie perpétuelle entre servantes (infirmières et
« malades). » N'a jamais rien vu, mais le devine à l'odeur de leurs
mains. C'est son refus qui entraîne le refus de suppléments ali-
mentaires. « Je ne veux pas me prêter aux caprices des servan-
« tes. » « Toute la nuit je sens des attouchements. » Le matin elle
crache beaucoup « de cochonneries, des glaires de vagin, du
« sperme » qu'on lui a envoyés. Agression psychique : « Non, on
« ne m'influence pas. » Précise : « Je ne me laisse pas influencer.
« On me dit de donner un coup de poing, mais je ne marche pas. »
Télépathie : « On fait tout ce qu'on veut par l'intermédiaire des
« idées. » « On fait ce qu'on peut pour embrouiller mes idées; mais
« c'est en vain. » On lui fait faire un petit problème. Solution labo-
rireuse. Elle explique : « C'est S... qui a essayé d'arrêter la notation
« dans mon cerveau. C'est pourquoi j'ai fait une petite erreur au
« début. » Pas de grandeur. Simple vanité : conserve « toute sa
« lucidité ». A un cerveau « très bien organisé pour supporter tout
« cela ». Elle possède un don de « double vue ». « Plus on est
« affaibli, plus on peut voir... Vous, vous n'êtes pas assez affaibli... »
Nie son suicide : « Oh ! non, je m'aime beaucoup, j'ai de très
« belles relations, j'ai toutes sortes d'avantages dans la vie. »
Extension progressive de la mégalomanie : « Elle est la directrice
« de la maison. Les infirmières ne sont que servantes et laveuses
« de vaisselle. » « Le D^r Ab... est un assassin, un voyou qui veut
« me tuer, prétextant que je veux lui prendre sa place, quand c'est
« lui qui s'est installé à la mienne, et qui me fait arracher mon
« voile, mes quatre galons, matricule 126. » « Je suis directrice,
« médecin-chef à 2.900 fr. par mois. Mon cerveau a été toujours
« relevé par la Préfecture de Police. Je suis au service de Judex,
« premier chef de Police de Paris et des Hôpitaux. »

Me signe un chèque de 50.000 fr. (montant de sa pension mili-
taire), plus 20 % de dommages promis pour son expertise arbi-
traire. « Ici, je suis Mme Meil. A la Préfecture je suis Gudule. A
« Berlin je suis Frida-Gud. C'est M. Lebrun qui m'a nommée à Ber-
« lin. Le *Berliner Tageblatt* accepte ses articles. J'ai un cerveau de
« 10.000° au-dessus des autres. Je suis première télépathiste de
« France. Je suis le premier cerveau du monde. » Vous êtes Impé-
ratrice ? « Oh ! je ne suis pas folle ! » Structure du délire très
compréhensible. N'est plus aussi actif. Elle a écrit 30 fois (exact)
au ministre. « Mais depuis 6 mois je m'en lasse un peu. » Elle me
remet le 52^e cahier où elle consigne ses réclamations et ses espoirs.
Pensée courante très pénétrable. Bien orientée, bonne mémoire.
Petites opérations inexactes, puis rectifications. Activité : un peu
de crochet. Avec la promesse d'un peu de café au lait, elle sur-
veille bien la cour. Déclame beaucoup contre les voix. Correcte,
bien habillée ; se lave et se tient propre.

OBS. n° XIII. — BAS., Céline, f^e CRESS., 51 ans.

Certificats, 25 septembre 1929 (44 ans). — *Présente un délire de persécution mal systématisé, évoluant sur un fond de débilité mentale. Les voisins se moquent d'elle, l'injurient ; jettent du sable dans ses fenêtres. Idées de jalousie. Les femmes viennent la nuit autour de leur maison et appellent son mari. Hallucinations auditives : entend ses voisins la traiter de mégère. Interprétations : les gens crachent dans sa direction quand elle passe dans la rue. Réactions violentes : jette des pierres aux voisins ; se livre devant eux à des gestes indécents, les injurie. A giflé une personne qui venait la voir. Amenée par son mari à Henri-Rousselle, a refusé de descendre du taxi. Début des troubles il y a 6 mois environ.* — D^r BADONNEL.

3 avril 1933. — *Délire hallucinatoire. Présente une période d'excitation. Ne peut actuellement être transférée à Dun-sur-Auron.* — D^r X. ABÉLY.

30 janvier 1936. — *Psychose hallucinatoire avec hallucinations auditives, idées de persécution et de jalousie. Peut être transférée.* — D^r X. ABÉLY.

Délire de persécution à thème de jalousie, avec interprétations et hallucinations. Jalousie. En 1926, elle a trouvé après son accouchement quatre capotes anglaises dans son délivre... « Les mâtresses de son mari venaient le matin à 4 h. jeter des pierres à sa porte. » Son mari est marié avec plusieurs malades d'ici: Mlle M... Il vient coucher ici avec elles. Se plaint que des malades viennent la regarder faire pipi. « Moi qui suis une femme mariée, jamais je ne ferais une chose pareille. Ces démons sont des femmes de noce. Elles ne viennent pas sous vos jupons, mais elles vous arrachent le foie. Il y en a qui sont pires que des hommes. » « J'avais des crises de jouissance, comme avec un homme, après mes règles. Ce sont les femmes qui provoquent ça. » « On dit que je suis une femme de mauvaises mœurs. Mais cependant je me couche à 8 h. et je ne bouge plus. Ils prétendent que je me masturbe sur l'angle de la table. » « Les femmes tournent autour de moi : « Viens tirer un coup avec moi ! C'est pourquoi je leur jette des pierres... » Raconte par ailleurs s'être mariée à 24 ans avec un homme qu'elle n'aimait pas beaucoup, avec qui elle eut 10 enfants. Elle reconnaît qu'elle n'était pas très excitée au point de vue sexuel. Délire pauvre, peu d'architecture ; juxtaposition de plusieurs expériences qui fondent sa jalousie. Compréhensibilité parfaite. Pénétrable. Syntaxe excellente. Pas de néologismes. Mémoire bonne. Bien orientée. Ne sait cependant pas contre qui les Français se battaient en 1914. Pas contre les Allemands (entre eux). Sait faire un pot au feu, un œuf à la coque. Petits calculs exacts. Très persécutée. Attitude de lutte (cailloux) par paroxysmes, mais jamais méchante. A l'interrogatoire : gentille, bonhomie ; une cer-

taine naïveté campagnarde. Bonne travailleuse : épluche les légumes, balaye les feuilles, très courageuse, docile, fait tout ce qu'on veut. Propre, mange bien.

B. Délire de structure paranoïde

Pour sérier ce lot un peu touffu de 24 observations, nous les répartirons en trois groupes. Ce classement témoigne de certaines préoccupations qui seront précisées plus loin. Nous redisons encore une fois que cette présentation de malades a un caractère purement négatif : rejeter, au nom de la diversité de leur évolution, l'unité des psychoses groupées sous le nom de *Psychoses hallucinatoires chroniques*.

1. Un premier groupe de malades se distingue par l'incohérence du délire, et aussi l'incohérence et le très grave affaiblissement de toute activité psychique ou affective. Ce sont ces cas qui rappellent les formes délirantes de la démence précoce, au point qu'il ne nous paraît pas soutenable de les en distinguer. Ce sont ceux que nous qualifierons de *démences paranoïdes*.

OBS. n° XIV, cf. page 28.

OBS. n° XV. — BID., Marie-Anne, f° PET., 55 ans.

Certificats, 13 mai 1928 (47 ans). — Psychose hallucinatoire chronique. Automatisme mental et idées délirantes de persécution. Hallucinations auditives et olfactives. Troubles cénesthésiques. Prise de la pensée. Téléphone automatique. Gaz depuis quatre ans. Interprétations morbides. On veut la voler. 800 personnes au 1^{er} étage veulent son logement pour faire la cuisine. Ce sont des « trucs » politiques. Peu de systématisation. Fonds de débilité mentale. Absurdité et incohérence. Aspect paranoïde. Troubles du caractère. Irritabilité. Agressivité. Pas de signes neurologiques. Un internement antérieur (1924). — D^r HEUYER.

30 mai 1928 — Débilité mentale avec délire de persécution. Hallucinations auditives. Illusions de fausse reconnaissance. Néologismes. — D^r X. ABÉLY.

Ne parle plus actuellement des thèmes de persécution. Thème mégalomane : « Mon père est M. Millerand. Il y a toujours les « 800 flics et 800 infirmières (qui la persécutaient) : je les paie et « je les nourris. » En parle doucement, en souriant, sans aucune agressivité. Probablement encore hallucinée, « ça déclame avec sa « voix ». Élément de jeu : téléphone à son oncle, M. Bidaut. Joue

très correctement ce petit sketch. Structure du délire complètement impénétrable et flou. Chaque phrase est compréhensible, mais leur juxtaposition défie toute logique. Incohérence : « Sur « cil ? la pierre blanche... » Pas de néologismes actuels. Une faute (?) de syntaxe : « Elles ont été réfugiées par un frère à « moi. » Ecriture indécise, non tremblée (nom, une phrase dictée). Illettrée : fautes grossières d'orthographe (les peuple des étauni a et lu sont...), mots non terminés, phrase non terminée, mots illisibles. Pensée courante médiocre, se croit en octobre (= nov.). Pour le jour, se précipite sur un journal. Ne sait pas l'année. Sait ce qu'elle fait : « Je fais un peu de couture ». Son esprit se limite à une situation donnée : « Où êtes-vous ? » — « Au Bureau. » Remarques pseudo-logiques : voit écrit « 47 ». « Elle voulait bien me les donner « contrecœur ». 7 en trop. « 20 ans de commerce de charbon, 20 ans de buvette » (mari charbonnier. Elle était à la buvette !). Par ailleurs très impénétrable. Conscience de son déficit : $30 + 15 ?$ « Je ne sais pas. Je ne suis « pas instruite ». Aucun effort.

Ne veut pas mourir « pour ses enfants ». Accepte très gentiment un réglisse. Refuse de croire qu'on l'empoisonne. Travaille au dortoir. Pas de travail suivi. Fait son lit. Mange seule. Minutieuse. Chipe tout ce qu'elle trouve. Comprend ce qu'on lui dit. Répond toujours gentiment. Mauvaise avec les autres malades. Vit très isolée. Déclame contre ses voix.

OBS. n° XVI. — VASS., Marie-Elisa, f° MOLL., 62 ans.

Certificats, 30 avril 1928 (54 ans). — Psychose hallucinatoire chronique. Automatisme mental. Hallucinations auditives très actives. Téléphone avec des personnages imaginaires. Idées délirantes multiples : persécution et grandeur. Propos le plus souvent incohérents. Néologismes. Langage incompréhensible. Troubles du caractère. Ton hargneux. Menaces. Aspect paranoïde. Pas de signes neurologiques. — D^r HEUYER.

1^{er} mai 1928. — Affaiblissement intellectuel par psychose hallucinatoire chronique. Déjà traitée en 1917. Néologismes. Fuite d'idées, logorrhée incompréhensible. Parle du Maroc, d'espions, d'Apremont, de la guerre. — D^r MARIE.

21 mai 1928. — Affaiblissement des facultés intellectuelles. Propos incohérents. Idées délirantes mal systématisées. Soliloquie. — D^r MARCHAND.

Etonnamment agressive et hautaine. Petite vieille correctement habillée. Propre, bien peignée. Face congestionnée. Yeux brillants, très fâchée, refuse tout examen. Débit rapide, tumultueux, tranchant. « Je suis ici à l'hôtel. Je pars dans 5 minutes ». — « Venez, « je veux vous mener au commissariat ». Répète mot pour mot ces deux phrases par lesquelles elle m'avait déjà abordé il y a 2 mois.

« Vous me salissez, vous m'insolez... » *A parte* hallucinatoire, parfois appelle « La poigne » (!) d'un ton bref et entendu pour me faire saisir. D'autres fois : incohérence où il est question de poêle, de gendarme et de tablier blanc. Stéréotypie : mouvements rapides et uniformément répétés au niveau des mains : une pichenette au niveau du bout des doigts, une autre sur le poignet, comme pour faire remonter quelque chose dans la manche. Interrogatoire impossible. Inactivité totale. Mange bien, se lave bien, se tient propre.

OBS. n° XVII. — BOLZ., Marie-Catherine, 40 ans.

Certificats, 20 décembre 1929 (33 ans). — Psychose hallucinatoire évoluant depuis plusieurs semaines sur un terrain de débilité mentale profonde. On lui fait du potain. On répète tout ce qu'elle dit, ce qu'elle fait, on l'insulte, ils font les demandes et d'autres répondent. Ils veulent agir sur elle, pensent à la violer, et parlent de la tuer, ils « la cherchent. ». Elle reçoit des odeurs dont elle ignore l'origine. On l'accuse d'avoir rendu fou un de ses amis avec qui elle pensait se fiancer. Ils ont réussi à faire rompre leurs relations. Réactions anxieuses, idées de suicide, submersion. Plaintes aux autorités. Réflexes vifs. Débilité physique et psychique (illettrée). — D^r A. COURTOIS.

21 décembre 1929. — Syndrome dépressif et hallucinatoire, évoluant sur un terrain de débilité mentale profonde et vraisemblablement spécifique. Idées asystématiques de persécution. On lui cherche des histoires, on lui veut du mal. Interprétations. On se moque d'elle, on se méfie, on la suit. Crainte d'être volée, tuée, d'entendre des insultes, menaces. Odeurs suspectes. Idées de suicide. Accès dépressifs antérieurs. — D^r Roger DUPOUY.

Examen difficile. Explosions affectives, menaçantes, yeux exorbités, hurlements, discours incohérents d'où émergent quelques phrases compréhensibles : « Vos papiers, il faut les déchirer. » — « Je serais homme ou femme, je ne veux pas de vos rapports de vos pays français. » — « Je n'ai pas eu de présentation. » — « Ici c'est une maison de pleurnicheuses. » — « Laissez-moi tranquille. » Crache par terre de mépris. Mais plus souvent des phrases de syntaxe obscure, incohérentes, et débitées très vite, très difficiles à fixer. « Laissez mon nez tranquille et pourquoi être ricane-ment si fier de votre pays. Commandants et réunions, notre ré-nion devra être supprimée. » — « Je ne veux pas 36 fois. » — « Je suis toujours assez criée pour ne pas faire crier de votre pays. » Puis silence. Subitement calmée. On est en 1896 (date de naissance), 1906, 1916. Elle a 26 ans. Désorientée. Structure impénétrable. Rappelle beaucoup une hébéphrénie délirante. Dans le service, crie beaucoup ; coups. Ne parle à personne. Aucune initiative. Parfois aide à donner un coup de balai, à plier un maillot. C'est bien fait.

OBS. n° XVIII. — DENT., Louise, 51 ans.

Certificats, 19 août 1917 (30 ans). — *Dégénérescence mentale avec délire polymorphe, délire de persécution, interprétations délirantes, illusions, troubles de la sensibilité générale. Partout où elle se trouve elle ressent un malaise parce qu'elle obéit à des personnes qui prennent sa personnalité, n'est jamais certaine de ce qu'elle doit faire, hésitation continuelle, ne sait si elle doit, prétend que des personnes viennent la nuit dans sa chambre, a des accès assez fréquents d'agitation, principalement à l'époque des règles, la malade alors est plus excitée. Elle crie, parle beaucoup et parfois brise des objets. J'estime qu'il y a lieu...* — D^r REDDON.

25 août 1917. — *Dégénérescence mentale avec obsession, impulsions irrésistibles, sensation étrange de la transformation de sa personne dont on a dû s'accaparer. Hallucinations.* — D^r LEGRAIN.

10 décembre 1918. — *Débilité mentale avec idées de persécution, interprétations délirantes ; hallucinations.* — D^r LEGRAIN.

Phrases incohérentes où on reconnaît un sens ou un thème de persécution. « J'en ai eu des épreuves à subir. J'ai répondu pour « rester vainqueur aux autorités. Ça nous fait notre avance légale. » Protestante. « Je suis de la race des drapeaux. Jeanne d'Arc décide « pour moi ce qu'elle doit décider. On subit tout, toutes les variations. Il y a des violations terribles... » — « Je suis une livrée, une « revendue... » Ne tient pas à en parler. Il y a des suppressions de fait. « Quand je serai libre, je pourrai vous répondre. » — « Je n'aime pas à en parler. » — « Je ne peux rien dire... » Contenu sexuel : « Je suis mariée par les drapeaux, Jeanne d'Arc. » — « Je « n'ai jamais trompé mon mari. » — « Chaque fois qu'on me force « à me porter célibataire..., à subtiliser mon mariage. » — « Toutes les orgies », « violations ». — « On a cherché à me tromper « pour faire de moi une célibataire... » Régression infantile : « Depuis l'âge de 1886 (naissance) je suis redevenue à l'état de « nourrisson, et hier... il faut réprouver mon âge, maintenant... » Phrase qui revient souvent : « Et je vis de vérité... »

Langue syntaxique en général, mais très bas, de plus en plus bas, et de plus en plus vite (presque tachyphémique) ; la solliciter pour la prier de parler. Marmottement continu. Ellipse. Juxtaposition. Manque d'article. Adjectif et substantif : « Je suis une livrée. » Néologismes : « le pas de recul(?). Ce sont les épreuves en cours... » Incohérence profonde. Disparition de trame logique, rationnelle, compréhensible. Pensée symbolique (Jeanne d'Arc. Mariée. Drapeaux) affective. Très pauvre, très réduite. Réduction du champ des notions morales : « Je fais mon devoir qui est d'aller (aux légumes) ».

OBS. n° XIX. — ESCO., Martine, Vve ALV., 59 ans.

Certificats, 25 novembre 1923 (46 ans). — *Débilité mentale avec idées délirantes d'influence à mécanisme d'interprétations exploitant surtout ses troubles cénesthésiques et fondées en partie sur les conditions particulières de son affection imposées depuis des années.* — D^r BROUSSEAU.

10 décembre 1923. — *Idées d'influence et de persécution. Hallucinations auditives. Troubles de la sensibilité générale. Troubles de la sphère génitale. Interprétations morbides, systématisation incomplète. Débilité mentale.* — D^r BOREL.

10 décembre 1923. — *Débilité mentale avec délire d'influence. Hallucinations de l'ouïe, audition de la voix de sa fille, morte ; mariage mystique.* — D^r LEGRAIN.

Délire de persécution par le D^r Kel... « Il est là, toute la jour-
« née. Il se fait connaître. Il me tient par affaire de santé. Il em-
« brouille beaucoup mes idées. » Il me faisait comprendre : « Il
« vous prend la façon de parler, il vous empêche de parler... »

Thème cénesthésique (non rapporté immédiatement à Kel...) :
« Je suis comme morte... Maintenant je suis très forte. Pendant
« le jour, on dirait que j'ai là-dedans de la tête, rien que de la pou-
« dre. On dirait que je n'ai que la coquille (os du crâne!). Comme
« mort, comme sans cerveau. » Peut-être mégalomanie : « Je suis
« la première morte du Pays. » Affectivité très passive. Délire
peu dramatique. Structure incohérente. Juxtaposition d'attitudes
affectives sans organisation rationnelle, sans même expression cor-
rectement intellectualisée.

Centre : ce D^r Kell, connu à Pau ; c'est « il » le persécuteur
qui lui abîme la santé ; ce mot revient et permet un lien entre
toutes ces phrases incohérentes. « Ce Docteur qui me tient par
« affaire de santé », « tenir à la circulation... tenir à la santé... »
Est-ce un Docteur ? L'observation de 1923 note : « Attouchement
« par en bas. La bouche mise de travers. Il me gouverne comme si
« c'était un Docteur !... »

« Il me faisait connaître dans la santé... » Formulation enfante-
line : « Depuis que je suis de sa classe, je ne suis plus la même.
« Ici ce sont des affaires de classe... La transmission des professions
« de classe. » — « Il me fait suivre la profession des classes. Ici je
« suis tenue à la profession paysan. Cela se voit à la toilette. Moi je
« n'en suis pas de la profession de paysans. » (Père cantonnier, ma-
ri coiffeur, mineur). Objectivation des persécutions : « Il a un tam-
« pon et se fait connaître au Bureau. Je connais le « mouvement
« quand il veut se faire connaître. » Elle ne le voit pas. Il ne parle
pas. « Aucune question de parlementaire ». L'a vu au début ; il
est interné avec elle. (Fausse reconnaissance avec employé de Pré-
ture). « Ma fille ne fait que me défendre... Jamais il a eu un mau-
« vais mouvement avec moi, ma fille circule pour me défendre.

« Comme il est étranger, ma fille ne veut pas que je sois trichée. » Sous toutes ces formules, la malade trahit bien son agression dans une pensée de plus en plus étrangère aux articulations logiques et qui reprend des expressions enfantines d'écolière.

Pensée courante manque de vigueur. Attention faible. Quand on lui demande son âge : « Je ne me rappelle plus ». Digression par associations superficielles. Capable de souvenirs exacts : Comment elle a connu Kell... à Pau. Le départ de sa fille à Paris. Les noms des médecins de la Clinique. La date du jour de naissance (reconnait l'année mais ne le dit pas). Ne peut, à partir de 1877 et de 1936, retrouver son âge. Donne 6×4 , mais pas 3×17 : « Je n'en sais rien. J'ai tout oublié. » Sait les noms des médecins mais pas ceux des internes. Déclame contre ses influences (toujours pour sa « santé »). N'aurait guère changée depuis 8 ans (d'après l'infirmière). Tricote très bien. A appris à l'Asile. S'occupe très bien d'elle-même. Va la première au lavabo. Sait les noms des infirmières. Vit isolée, toujours dans son coin. Toujours incohérente. Langage : néologismes psychologiques « trichée », « parlementaire ». Suppression d'article : « Habillée en costume « préfecture. »

OBS. n° XX. — JACQ., Marie-Marguerite, f° MERC., 48 ans.

Certificats, 28 novembre 1925 (37 ans). — *Accès délirant hallucinatoire de date récente avec automatisme mental. Idées d'influence. Hallucinations impératives de l'ouïe. Elle ne doit pas parler. Un inconnu lui parle et lui dit que c'est vrai et que ce n'est pas vrai. On a lu en elle toute sa vie entière. Il connaît et lui fait répéter toutes ses pensées. On lui dit que ses enfants sont à la Santé et elle doit aller les voir ; elle parlera après. La femme la plus puissante de la France s'occupe d'elle et lui dit de ne rien dire. Elle dicte à l'inconnu qui lui parle. C'est commandé de très haut... Refus de répondre à la plupart des questions posées. L'état psychopathique de cette malade nécessite son placement dans un asile d'aliénés.* — D^r R. DUPOUY.

10 mai 1936. — Délire chronique hallucinatoire avec idées d'influence. — D^r X. ABÉLY.

Soliloque perpétuel difficilement audible et incohérent. « Un « club de bêtes à homme (?). Ces grands blonds, ça ne me plaît pas. » (Rires). « Ah ! mon Dieu ! mon Dieu ! Vous êtes en train de rôtir « dans ces états. Vous êtes tout nu et pendu... Mais le vôtre... Toutes « les nations du monde... » Salade de mots, qui peut-être n'est qu'apparente, du fait que de nombreuses bribes marmotées échappent à l'observation. « C'est aussi par peur... Faites partir ceux qui sont « au dehors. La manivelle n'en peut pas... Assez de bruit... » Mégalomanie : « Je suis le Bon Dieu. Vous avez laissé partir le mor- « ceau... » Tout ce conglomérat de petits îlots syntaxiques sont

débités sur un ton monotone, à voix presque basse, les mots à demi avalés. Malade immobile dans une attitude stéréotypée : les deux mains touchant légèrement le front et cachant les yeux. De temps en temps la paume gauche se présente en avant (salut fasciste). Monotonie affective du discours. La malade paraît tout à fait distraite et absorbée dans son autisme incohérent. Cependant un point affectif sensible : nie énergiquement être mariée. « Non, non, « non ! il n'y a pas de mariage, la confiance existe. Il faut l'empêcher de passer. » Plusieurs réponses pertinentes, d'autres insuffisantes, témoignent d'un fonds mental très affaibli, mais moins (peut-être) que cette incohérence délirante et cette inactivité ne le laisseraient supposer. Sait qu'elle est à Villejuif, au 6^e quartier. Donne la date exacte à 4 jours près, mais ne sait pas depuis combien de temps elle est là. Donne comme âge celui qu'elle avait à l'entrée (37 ans). Refuse de compter un peu de monnaie. Ne sait reconnaître le sujet d'une image. 3 fois 24. « Attendez... 72... » Elle dit ne rien faire, ne pas recevoir de visites (ce qui est exact). Réclame du café le matin et à midi. Complètement inactive dans le service.

OBS. n° XXI. — LICH., Louise, femme GELB., 54 ans.

Certificats, 19 juillet 1929 (47 ans). — Démence paranoïde. *Troubles du caractère avec idées de persécution. Idées mégalomaniaques, elle a des millions, des milliards, l'argent de toute la France, mais on lui a pris toute sa fortune, c'est la maîtresse de son mari ; elle est venue dans le service demander un certificat d'intégrité mentale pour attaquer cette femme qui a pris l'argent de ses enfants et l'a mise sur la paille... elle qui possède la Samaritaine et la Marine Française, elle donnera ses millions à l'hôpital à sa sortie. Réflexes tendineux normaux. Examens humoraux négatifs.* — D^r COURTOIS.

Mars 1931. — Délire chronique de persécution et de grandeur. Peut être transférée à l'asile de Villejuif. — D^r Paul COURBON.

22 décembre 1931. — Démence paranoïde ; il n'y a pas d'opportunité à la naturalisation de cette malade, très probablement incurable, impossibilité d'obtenir d'elle un consentement valable. — D^r DUCOSTÉ.

3 mai 1934. — Délire hallucinatoire chronique, malade dangereuse, s'est livrée à des violences répétées sur les autres malades du service et sur les infirmières ; plaintes de certaines familles, impulsivité très marquée. — D^r X. ABÉLY.

Délire de persécution : « On veut me tuer jour et nuit. Ces gens « me tiennent. Les surveillantes ont fait une propagande. Elles me « battent à chaque instant ; ils me prennent mon manger. Tout le « monde sort et je ne suis pas sortie. Toutes les méchancetés du « monde. Jamais vu une telle esclavagérie. Ils nous volent des for-

« tunes entières. » Mégalomanie : « Je suis l'Agent du Monde. Je suis l'Agent de la France, je suis l'Agent d'Allemagne. Je suis la plus riche du monde (je n'ai pas volé ni travaillé). Je suis la propriétaire d'ici... Moi-même je suis l'or... le diamant aussi... » Promet 100 milliards en 10 wagons pour sortir. « Ma fille est là, Reine de Bucarest, avec le Roy. » « Les plus grandes affaires du monde, c'est moi qui les arrange. » Richesse, position sociale (famille y participe). Astuce intellectuelle. Majore aussi pour sa persécution : « 28.000 qui sont partis, sauf moi. » Structure : chaque élément du délire correspond à une supposition invraisemblable mais pensable, et n'est pas une absurdité absolue (sauf : « Je suis l'or », peut-être métaphorique), mais l'assemblage ne présente aucune cohérence, aucune systématisation. Affirmations reliées par la même trame affective, mais aucun roman compréhensible. Intuition indiscutable, évidence dont la justification n'effleure pas l'esprit. Surtout mégalomanie. Se rend peut-être compte du caractère « gratuit » des affirmations qui ne pourraient pas résister à une critique : « Je suis la plus riche du monde, et je n'ai volé ni travaillé. » Attitude et conversation hallucinatoires : avec sa fille qui est au-dessous. Par persécution, très mauvais caractère. Colères. A souvent le maillot... Langage : (Juive polonaise) esclavagisme !! Formulation. « Je suis l'agent » (3 fois). « Je suis 22 ans » Reine d'Italie. Je suis 22 ans Reine à Venise. »

Mal orientée : « Si c'était jeudi il y aurait des visites », mais ne trouve pas vendredi. Affaiblie mais adaptée au milieu. Ne sait pas l'année ; dit : avril (7 nov.). Mais sait que la Toussaint vient d'être fêtée. Se trompe sur son âge et ignore sa date de naissance. Mémoire : affirme spontanément 10, pour plusieurs fois : 7 ans (exact) qu'elle est là. Répond 33 ans quand on lui demande avec précision. Poincaré ? Président de France (Polon.). 3 fois 4 : 12. 3 fois 17 (refuse). Affaiblie mais assez adaptée. Parle gentiment de l'hébreu. Prend une réglisse. Propre, correcte, mange bien, ne gâte pas. Parle avec ses voix. Colères. Vit très seule. Travail : effiloche proprement de la tarlatane. Contentée quand il y en a un tas sur son lit. Reçoit bien ses filles. En veut surtout au personnel.

2. Un deuxième groupe rassemble des délires que leur structure rattache manifestement à la démence précoce et aux démences paranoïdes. Mais on constate que leur fonds mental est assez bien conservé, surtout relativement à l'incohérence du délire. Ces cas correspondent à une partie des paraphrénies de KRÆPELIN. Une partie seulement, car ce que KRÆPELIN a décrit sous le nom de paraphrénie systématique ressortit davantage aux structures paranoïaques. Ne pouvant prendre *paraphrénie* dans le sens exact kræpelinien, nous qualifierons ces délires de *psychoses paranoïdes*.

OBS. n° XXII. — Cf. supra, p. 29.

OBS. n° XXIII. — Bois., Germaine-Louise-Ernestine, f^e Bois., 51 ans.

Certificats, 24 juin 1925 (40 ans). — *Délire de persécution. Automatisme basal. Enonciation des actes, Surveillance continue des faits intimes, commentaires érotiques et autres. Propos révélateurs, idées apportées par les voix, roman hallucinatoire. Scènes entendues où elle intervient pour protéger et diriger. Mérites insoupçonnés. Elle a sauvé la vie au Préfet de Police, est une héroïne nationale, a reçu pour récompense une maison, etc... Statue la représentant nue aux Arts décoratifs. Articles dans les journaux. Rassemblement d'agents et d'ouvriers qui regardent à travers ses persiennes. Troubles du caractère. Hostilité récente contre son mari, aurait menacé de lui mettre deux balles dans la peau (sic). Fugues, sénilité prématurée. Début marqué il y a 6 mois. Locutions néologiques, probablement début de démence vésanique.* — D^r DE CLÉRAMBAULT.

12 février 1926. — *Psychose hallucinatoire avec réactions mélancoliques, anxiété, refus partiel d'aliments, idées de persécution.* — D^r SÉRIEUX.

30 juillet 1929. — *Psychose hallucinatoire, hallucinations auditives et cénesthésiques, réactions dépressives ; idées de suicide.* — D^r X. ABÉLY.

Le thème de persécution est en rémission : « Je ne m'occupe » plus de ça. » Thème mégalomane assez réduit : « Je suis au » Maréchal Joffre. » « Je suis entrée « héros » de la Préfecture » (thème de 1925). Thème mélancolique prédominant. Affectivité nullement adéquate. Aucune réaction dépressive, ton monotone, humble. Docilité. Pas de pleurs, pas de douleur apparente. Plus indignée que souffrante. Aucune idée actuelle de suicide. Le délire est en plein irréel. Bouleversement de son corps et de l'histoire de son corps. « Je dois mourir dans 2 mois, le 4 ou le 5 décembre » 1935. » Cela lui a été dit par le vrai Ciel, le Christ, la Sainte Vierge. « Je ne sais pas comment ». Immortalité ?

« Je n'ai déjà plus de tête et mon corps est en haut ». Tête enlevée à 2 mois, à son baptême. « Je ne m'en suis aperçue qu'hier ». « Mon cœur est enfermé quelque part par le clergé » (délire de négation). Expansivité pauvre, sans enrichissement, cristallisée, Fécondité a disparu (état mixte ?). Intuitions indiscutables. Aucun essai de justification même apparent. Vieux souvenirs pseudo-hallucinatoires : « Un hussard sur la pelouse ».

Le langage est syntaxique, pas de néologismes. Pensée courante conserve une certaine vigueur. Bien orientée dans le temps ; dates, lieux à peu près. Naissance. Est là depuis 1928 (1925 !). Guerre finie en 1921-22. Mais cependant parle avec beaucoup de précision

et de cohérence. Père gardien de prison a fait de multiples garnisons. Couturière pendant la guerre. Connaît les infirmières. Bonne mémoire. Pensée très compréhensible. Peut-être affaiblie : 3 fois 17 = 57,51. Problème facile impossible. Réponses approximatives : Couleur du cheval blanc ? « C'est par les éperons... Il est à Jésus. » Neige ? « Blanche, mais je ne peux pas savoir. » Malade paisible, discordante avec ce délire hypocondriaque au dernier chef. Très réticente dès qu'il s'agit de son mari. Aurait désiré entrer au couvent. Paraissait assez attachée à son père. Souvenir affectif d'une certaine constance : « Un officier de Hussards à « l'hôpital d'Alfort ; la caserne des Hussards... Un grand képi. Il a « passé sur la pelouse. » S'occupe d'elle, mais complètement inactive ; mange difficilement, parfois anxieuse.

OBS. XXIV. — CHEV., Philomène-Joséphine, 54 ans.

Certificats, 10 juillet 1913 (31 ans). — *Folie d'interprétation. On l'a poussée à voler ses patrons. Tout le monde la connaît et s'occupe d'elle, se moque d'elle ; très réticente.* — D^r CHASLIN.

23 janvier 1922. — *Attitude démentielle, rires immotivés, aspect maniéré, tendance aux réponses systématiquement négatives ; désorientation partielle. Traces d'un ancien délire organisé en voie de dispersion. Démence vésanique probable.* — D^r LEGRAIN.

6 février 1922. — *Délire systématisé ancien en voie de dispersion. Vie automatique ; désorientation. Facultés en voie de déclin.* — D^r LEGRAIN.

Thème de persécution : agression corporelle : « Ils m'ont toute « démolie ». Quelques idées de grandeur : « Je suis le Bon Dieu. « La bourgeoise est une sainte. » Thème hypocondriaque. Le plus souvent sans thèmes : intuitions.

Devant l'incohérence du délire, les thèmes ont moins d'importance que la structure. Pivot : le « Bouridal », foyer des morts dont elle monte la garde ; phrases stéréotypées s'y rapportant, qui reviennent inlassablement, en particulier : « Vieille fille Thérèse « Neudin, la bourgeoise de Bouridal. » Juxtapositions incohérentes de phrases, sans tenue logique. Trame affective n'apparaît également pas.

Cela a rapport avec son pays breton natal. Autour, on peut noter des expériences déconcertantes : 1° Apocalyptiques : « Au Foyer « du B. les malades représentaient les 7 jours de la semaine. Le « Foyer a plus de 100 hectares de terrain pour son sport. J'entre à « l'écurie du B., je vois les 5 chevaux attachés à la Ville de Paris. « Ils se sont mis à se mordre tous les 5 pour m'instruire. J'ai été « mordue par les disparus. » « C'est bien la tête de Fallières, c'est « bien la tête du dernier Président, en laboureur de son pays. » 2° Pénétrables, mais invraisemblables : « Pour l'enterrement on « m'a raconté... quand je suis née les malades m'ont raconté qu'ils

« avaient chanté mon enterrement dans l'église du Bouridal. J'ai « frappé dans mon cercueil : « Ouvrez ! ouvrez... Je ne suis pas « morte. Attendez que je sois morte pour m'enterrer. » « Cela « fait 45 ans le 15 mars (se reprend) 54 ans (exact, son âge). »

3° Cohérentes, vraisemblables, mais parasites, inopportunes (souvenirs indisciplinés). « Vieux chènes, vieilles ragosses dans le « signe de Bouridal ! » « Les ragosses sont des Bons Dieu qui ont « 500.000 ans. » Ses repas : 5 h., 8 h., midi, 5 h., 8 h. « Moi je ne « pourrais plus manger tout cela. Depuis que j'ai supporté la « famine et la révolution. »

« Le Recteur me faisait l'école à Chancé (lieu de naissance) ». Méconnaissance de sa personnalité : se dit Th. Neudin, mais écrit « Ph. Chevallier » (son véritable nom).

Méconnaissance de la mort de ses parents. Troubles cénesthésiques. Se meuvent dans le même déréel. Toute démolie. « Les os « ne sont plus comme ils étaient. » « Ils ont allongé mon bien « comme une planche. Cerveille retournée. J'ai vu tout en noir. Ma « cervelle a sauté. Tout a sauté. Mon pied à droite a 10 cm. de plus « qu'à gauche. Je ne peux pas marcher. »

« J'ai eu du mal à tout remettre en place. Maintenant c'est en « place, mais pas comme quand je suis née au Foyer de Bouridal. « C'est usé quand même. » Doute sur l'intégrité de tous ses moyens : foie, cœur. Une certaine expansivité nullement déprimée (rappelle état mixte) : « Je mourrai avant 60 ans. » Thèmes funèbres : « Je suis attelée, collée aux morts du Bouridal. » « Je suis « visitée par les morts et les disparus. » Peu d'hallucinations : « Les malades m'ont raconté ». Surtout intuitions qu'elle ne cherche pas à discuter ou à justifier. Fuite des idées. Dévidement inlassable, sans enrichissement actuel. Cristallisation de toutes les expériences délirantes. Causalité symbolique : « 7 ans, à cause de « janvier. » « Cela représente... » Confusion du subjectif et de l'objectif. Parle d' « Elle » et de « Je ». « On a allongé mon bien « (son corps). » « Mon bien, c'est moi... » Langage : pas de néologismes. Formules fixées.

Pensée courante : sait date, lieu de naissance, l'année de son internement. N'a pas eu son certificat d'études. Attention bonne un instant, mais bien vite embrayée sur le « Bouridal ». Mémoire bonne. Structure de pensée tout à fait pénétrable, mais affaiblie (ou débile). Puissance de 2 ; 16 et 16 ? 30... 3 œufs à 13 sous. Fait une addition, oublie un chiffre, s'étonne de la modicité du résultat. Affectivité : souriante aujourd'hui. Très adaptée, cohérente. Généralement mauvaise humeur, agressivité, colères. Activité pragmatique remarquable : « dirigerait une ferme ! » Travaille à la cuisine très bien, très méticuleuse. Il n'y a pas à y revenir. Mais toujours en déclamant. Très jalouse de son travail.

OBS. n° XXV. — G^{IR}. Henriette, f^e GUY., 64 ans.

Certificats, 25 février 1921 (49 ans). — Délire de persécution très actif. Hallucinations auditives. Apparence d'hallucinations visuelles. Excitation psychique actuelle. Loquacité. Sensiblerie. Agitation. Pouls : 120. Influences, surveillance, propos répétant ses actes et ses pensées. Voix injurieuses et menaçantes. Erotisme. Des femmes font entrer la nuit, chez elle, plus de 50 hommes, se rassemblent sur son palier, l'appellent à l'étage au-dessous pour la prostituer, etc... Des hommes mettent des tuyaux dans le grenier pour correspondre avec une caserne. Voix téléphoniques, télégraphie sans fil. Cinéma (?). Un Russe et un homme qui a été son subordonné dirigent les persécutions. Réactions anciennes, multiples et véhémentes. A arraché une gouttière, creusé un plancher pour verser du pétrole dans l'appartement sous-jacent et l'incendier. Menaces aux voisins. Projection d'eau et d'objets. Fréquemment retire les clefs des locataires après avoir fermé la porte... Fausses reconnaissances avec hostilité. Probabilité de substratum, soit alcoolique, soit maniaque. — D^r DE CLÉRAMBAULT.

26 février 1921. — Dépression mélancolique avec illusions, hallucinations, interprétations fausses et prédominance d'idées de persécution et de préjudice. — D^r M. BRIAND.

20 août 1932. — Délire de persécution. — D^r X. ABÉLY.

Le délire a commencé en 1920. Hostilité, impression d'être surveillée, jalousie. Malveillance. Délire bien systématisé, actif, violent. Actuellement, le délire a perdu toute agressivité, toute systématisation. Reliquat de thèmes de persécution, d'agressions sexuelles et corporelles. « On m'a fait beaucoup de choses. La nuit, même sans dormir, des hommes... » « Ils marchent comme des ballons. » — Ils vous possèdent ? « Maintenant, ils sont usés, ils ne peuvent plus faire ce qu'ils veulent. Moi je fais ma lune ; cela part du cerveau, cela part autour de ma figure. C'est argenté autour de l'ombre de mes yeux. Ça me fait plaisir, sans me faire plaisir. » Erotisme : le médecin lui a demandé ses faveurs. Mégalomaniacque : « J'ai une jouissance spéciale. M. Poincaré est mon parrain. Je suis ministre de la guerre. » Attitudes hallucinatoires : où éclatent la part des faits d'imagination, d'illusion, de non-sensorialité. « Pour vous il faut que je ferme les yeux. J'entends des petites voix quand je veux, autrement je leur dis de se taire. » On lui dit : « Combien sont-ils ? » Elle leur demande leur nombre, et répond : « Je vois qu'ils sont 12 » Reconnaît implicitement qu'il s'agit d'une sensation incommunicable : « Vous, il vous faut un appareil pour entendre ; moi, je porte la T.S.F. », ou bien « il faut un microscope ». « Je les faisais taire, car j'avais peur que les autres ne les entendent, et ne me prennent pour folle. » Affirme tous ces états délirants. Elude les détails. Ne conçoit pas un début de justification. Ignorance de la preuve et imperméabilité de

l'évidence. Monde délirant en marge des exigences rationnelles. Incohérence.

Fonds maniaque : fugacité et vitesse des images. Associations verbales : « Maintenant, ce sont des enfants qui tiennent. Ça « tient un conseil de guerre. Je suis ministre de la guerre. J'avais « une carte blanche à la caserne. Je vois du cinéma même sans « dormir. J'ai argenté tout le dos de Mlle S. Je le fais à la longue- « vue..., longue portée..., canon... » Incohérence profonde : respectant la syntaxe.

On peut suivre parfois la trame affective ou l'évocation dyschronologique des souvenirs : « Ils marchent comme des ballons « (les hommes qui vont travailler). Ce sont des hommes du métro « (où travaillaient son mari et un amant épisodique), de la banque « (où travaillent sœur et beau-frère). » « Le téléphone doit com- « muniquer avec le métro. » On ne peut rien suivre : « La T.S.F. « c'est le soleil. Comme notre soleil est français, on nous bat tout « le temps, alors je me bats avec... » « Je tiens à l'astronomie. « Nous avons sept pays sur le dos : Alsace, France, Belgique, Italie, « Autriche, les Nègres, la Chine (peut-être). Je les vois tout faire. « Sitôt qu'il y a quelque chose dans les Alpes, les infirmières cou- « rent devant. Je vois quelquefois très loin dans le ciel, quand j'ai « l'entonnoir du soleil. » « L'éther et les essences excitent le « soleil, quand il ne tue pas, il boit, il mange. Pas d'argent. J'ai « une Tour Eiffel sur la tête..., et aussi un « petit gosse » dans « l'éminence hypothénar gauche. »

Fonds mental paraît assez bon. Mémoire bonne. La malade est remarquablement présente et adaptée. Travaille dans l'asile.

Un peu débile scolaire. Pas de certificat d'études : « Je n'avais « pas la tête à l'école. » « Moi je n'ai pas la tête à compter. » Reconnaît ce que représentent des images. Arrive avec quelque irrégularité à les mettre dans un ordre cohérent pour restituer l'histoire sans paroles qu'elles veulent représenter.

OBS. n° XXVI. — GIR. Olympe, f° MASS., 61 ans.

Certificats, 18 août 1931 (56 ans). — Délire paranoïde avec idées de puissance et de grandeur. Elle fait de très belles choses avec la mousse de savon, des couleurs, des cristaux. Elle donne au soleil et à la lune leur éclat grâce à sa puissance même. Recommande à d'autres qui pourraient ne pas avoir de résistance de ne pas travailler « le perdu ». Elle-même se ravage, elle a des trous partout, elle perd tout à fait le « perdu ». Peut « faire du mal au monde ». Tentative de suicide il y a trois ans. Evolution démentielle. Inactivité complète. Cris, peut-être en rapport avec des phénomènes hallucinatoires qu'elle nie. Incapacité à subvenir aux besoins élémentaires. B.-W. négatif. — D^r COURTOIS.

2 août 1931. — Léger affaiblissement des facultés mentales avec propos peu suivis, souvenirs stéréotypés : elle travaille par le sa-

voir. C'est le perdu et c'est dangereux. Tentatives de submersion il y a trois ans par un coup d'ennui. — D^r SIMON.

23 août 1931. — Paraphrénie avec euphorie, excitation hypomaniaque. Accès neurasthéniques il y a trois ans. Incohérence presque verbigérante. Thème délirant, « le savoir et le perdu ». — D^r PASCAL.

6 septembre 1931. — Démence paranoïde avec incohérence. Verbigération, stéréotypies verbales. — D^r PASCAL.

31 juillet 1932. — Psychose paranoïde : thème délirant de persécution et de grandeur incohérent et stéréotypé ; néologismes ; hallucinations auditives, excitation psychique, inactivité, désintéret. — D^r X. ABÉLY.

L'observation de 1932 note : malgré le langage mystérieux, très présente, bien orientée sur sa personne, espace ; moins bien dans le temps. Conversation cohérente, sauf quant au délire.

Délire actuel incohérent, centré autour :

1° d'un sentiment de puissance et de grandeur, qui a dû être plus luxuriant, plus riche. Pauvre maintenant, avec même un doute, et renonçant à l'exclusivité. « Je me suis figurée que peut-être c'était moi qui faisait la lune... Elle est si jolie... Mais c'est « une idée. » « Quand je serai morte, vous ne verrez plus de « beaux clairs de lune, à moins qu'une autre vienne me remplacer... » Un chaînon pour expliquer (?) peut-être ce contenu lunaire : « Moi je suis affligée d'être mousseuse, pour faire les « eaux à part, faire des lunes et des arcs-en-ciel. » Savon, mousse, arc-en-ciel, lune ???

2° Un épisode neurasthénique (*sic*) : non pas autour d'un sentiment mélancolique, mais autour de la transformation corporelle due à ce qu'elle a avalé pour se suicider. « Moi, c'est « un chimique qui m'a perdue. Un produit chimique, un poison. « Je l'ai bu par une peur... Il y a bientôt 10 ans. » « Ce produit chimique, c'est ce qu'on met dans les lampes. C'est « de l'essence. J'en ai bu un peu. C'est par une peur... J'ai vu « quelqu'un sur un toit (raptus anxieux ?). C'est moi qui ai bu « par peur... J'ai bien le droit de me faire ce que je veux. » Le mot « chimique » et « perdu » vont être employés comme des néologismes psychologiques, et être le point de départ d'agglutinations dont on ne voit souvent ni le lien affectif, ni la finalité opportune. « C'est le chimique qui vous a perdu les eaux du « ménage. » « C'est un chimique qui m'a mise comme ça. » « Un « chimique peut donner des cristaux. » « Car les chimiques font « de très belles peintures. » « Le perdu, c'est le savon, c'est le « Père. On appelle ça comme ça. » « Moi je vis à part de tout le « monde. Moi je suis une personne qui vit du savon. C'est un « chimique qui m'a mise comme ça. Je vis à la cuisine empoisonnée. C'est la cuisine du Père. C'est là aussi que je mange.

« Le Père, c'est un empoisonnement. » Structure de cette pensée : fabulation paralogique, pensée subjective, affective, synchrétique ; mépris absolu d'une logique rationnelle et des exigences du monde extérieur. Aucun heurt entre ces deux mondes essentiellement contradictoires. Affectivité du délire nullement adaptée. Passive, souriante, se dit « affligée d'être mousseseuse ». Maintenant le supporte bien. Pensée courante : contraste absolu entre sa cohérence et l'impénétrabilité du délire (qui n'apparaît nullement pendant le premier quart d'heure d'examen). Pensée parfaitement familière et compréhensible. Conversation facile et efficace. Mémoire assez bonne avec quelques défaillances. Date de naissance, date du jour (sauf le quantième). Ne sait pas date de son mariage (« J'avais 20 ans. ») Sait depuis quand elle est malade. Où elle a passé : Ste-Anne, Maison-Blanche, Villejuif. Les noms des médecins successifs, des surveillantes.

Mémoire insuffisante sur les périodes de son internement (30 mois au lieu de 48). Croit avoir repassé chez elle entre Ste-Anne et Maison-Blanche. Sait qu'elle est à Villejuif. Mais les fous sont à Charenton. Calcul franchement mauvais, mais paraît assez peu « lettrée », de son aveu. Ecrit 40.032 pour 432. Reconnaît qu'on ne peut « pas être plus bête... qu'elle ! ». Très adaptée : ne se croit pas malade, mais convient d'être très « arriérée ». « Je ne suis pas du tout intelligente. » « Même enfant je ne l'étais pas. » « Quelquefois, je suis plus bête qu'un enfant de 10 ans. » « Vous n'avez jamais vu personne plus bête que moi. Quand il y a quelque chose d'un peu sérieux, c'est mon mari qui le faisait. » Parle très gentiment de son mari, de ses enfants. Demande à rentrer chez elle, « pour mon mari ». Mari est courtier en joaillerie, rue Réaumur, gagne 1.000 fr. par mois. Un diamant ? « C'est beau. » — Une perle ? « C'est blanc-crème. » — Un saphir ? « Mon mari connaît ça. » Avant son mariage, comme bonne à tout faire, gagnait 5 sous, 8 sous l'heure. « Maintenant, ça vaut plus cher, 5 fr. et 8 fr... Et cependant on ne fait pas grand'chose en une heure ! » Inactivité : souriante et satisfaite. Si son mari n'était pas là, elle resterait bien ici. « Il faut bien vivre quelque part ! » « Je ne fais rien du tout. On est beaucoup de monde ; on ne s'ennuie pas. » « Je mange assez d'assiettes de soupe, de ragoût, de riz. » Plaisante. Rire satisfait.

OBS. n° XXVII. — TIS., Marguerite, f° BATT., 59 ans.

Certificats, 31 janv. 1929. — Psychose hallucinatoire. *On l'insulte et on la menace, on l'asphyxie. Activité hallucinatoire violente et continue, troubles de la cénesthésie. Sensations électriques et viol par la T.S.F., la nuit. Débilité mentale. Réflexes tendineux vifs. Légère exophtalmie, amaigrissement marqué.* — D^r CHATAGNON.

3 février 1929. — Délire de persécution et de grandeur avec hallucinations multiples. — D^r Paul COURBON.

14 novembre 1929. — *Délire de persécution. Hallucinations auditives ; troubles de la sensibilité générale. Idées de grandeur.*
— D^r MARCHAND.

D'après le dossier, accouche déjà en 1931, chaque jour, de 1.700 milliards de naissances « 4 fois double ». En 1934, on note que la méfiance disparaît. Mange ce qu'on lui apporte. Cela maintient les aliénistes aux « écou » (?). Elle s'appelle Wilson, Chiappetti, d'Abély. Nie toute persécution : viol, électricité. Elle est très âgée « des siècles et des siècles ». Dans le service est très gentille, très docile. Elle s'occupe, mange bien, ne provoque aucune difficulté. Depuis mars 1936, écrit aux médecins des lettres quotidiennes « d'arabe ». C'est un hiéroglyphe intermédiaire entre lettres françaises et quelque écriture plus décorative. De loin on lirait quelque chose comme « Lagrange ». Ce signe est répété 10, 15 fois par ligne, 50 lignes par page, et pendant 8 grandes pages, sans qu'un coin soit oublié. Elle parle cet arabe. Salade de phonèmes ; quelques formules fixées « Méra Kastaya ». La conversation est impossible. Sait date de naissance et dates de la guerre ; pour le jour, affirme Ville-d'Avray, 19 février 1933-1936 (pour Villejuif, 2 mars 1936). La table de multiplication exacte jusqu'à 4.

Délire mégalomane : née le siècle 1. « Rien n'existait quand « je suis née. » — Qui êtes-vous ? « Dieu moi-même. Je suis éternelle. Je suis Marguerite de Bourbon. J'ai 1.600 millions de siècles. » « Je suis le créateur. Je vous ai créé moi-même. » — Alors, le Bon Dieu ? « C'est moi-même. » — La Sainte-Vierge ? « C'est « moi-même. » En 1929 n'était que reine de France, fille de Catherine de Médicis, épouse d'Olivier I^{er}. M. Doumergue était président de l'Innocence — Vous ne mourrez donc pas ? « Je mourrai en « tenue de femme... ces jours-ci. » (Elle paraît sentir à l'inexactitude de ne pas devoir mourir et la contrariété de faire mourir Dieu). Par ailleurs, pas d'autres idées délirantes. Nie toute persécution actuelle « les papiers (certificats du dossier) sont des fausses écritures ». « L'appétit est bon mais l'alimentation n'est pas « bonne. La santé est bonne. » Tous ses organes fonctionnent bien. Discours presque impossible à suivre. Ou qu'elle parle « arabe », (avec un peu d'énergie on peut la stimuler à ne parler que français, qu'elle parle du reste fort correctement). Ou qu'elle fasse allusion avec un minimum de rationalité à de vieux souvenirs qui sont évoqués suivant une finalité et une nécessité qui échappent. « Le « général Tissier, c'est moi-même. » « Je suis venue pour le général Millerand, 16, rue St-Lazare. » « Cette date revient souvent. » « Mlle Rosenax, 16, rue St-Lazare, pour tous renseignements. » On lui montre sa photographie : « Ce n'est pas moi, je ne puis pas « être là (photo) et là (se montre elle-même). » Ne lit pas à haute voix l'écriture qu'on lui présente, mais ces réponses témoignent qu'elle comprend parfaitement. Répète toujours le même hiéroglyphe, qui reste toujours dans des formes assez voisines. Déclare écrire

allemand : ce sont les mêmes tracés. Il est impossible de lui faire écrire spontanément du français. Copie un carré, une majuscule. En lui tenant la main, on lui fait écrire son prénom : Marguerite. Elle réécrit d'elle-même un mot qui de loin rappelle Marguerite, mais déformé par de gracieux et intempestifs tire-bouchons. « Oh oui ! j'aime bien écrire. » D'après les infirmières, voilà deux ans qu'elle écrit et parle arabe. Il faut toujours qu'elle écrive.

Fonds mental : elle connaît la date à un jour près. Comme année, elle donne « siècle I », puis, un peu secouée, elle dit : 1936. Elle sait dates de sa naissance, de la guerre. Elle est dans le quartier depuis onze mois (exact). Attention très défectueuse : sur un texte où la moyenne des fautes est de 4, elle fait 39 fautes quand on lui demande de barrer tous les A, et 26 fautes quand on lui demande de barrer un A sur deux. Elle s'est manifestement appliquée. Elle commente le texte : « Les lois, c'est moi qui les ai créées ». On lui montre une série d'histoires sans paroles de quatre images, qu'il faut mettre dans un ordre logique. Les trois premiers essais sont mauvais. En insistant elle réussit la 4^e. A la 5^e, elle donne un ordre plausible mais qui n'est pas le meilleur. On lui fait la remarque. Elle met un nouvel ordre (mauvais) complètement au hasard : — 10 œufs à 10 sous ? « Ça fait 100 sous, 5 fr. » — 10 œufs à 15 sous ? « 7 fr. 50. » — 10 cigarettes à 1 sou 1/2 la cigarette 1/2 ? « 15 sous, même après réflexion : « Et un bifteack, combien cela coûterait-il à être servi ? dit-elle ironiquement. » — 12 œufs à 15 sous ? « Je ne sais plus compter. » Multiplication impossible (437×81). — Noël ? — « Le Petit-Jésus, Naissance de Bébé, Crèche. » — Pâques ? « Fêtes des Catholiques, des Saints. » — Une maman ? « Elle donne le jour à Bébé. » — Table ? « Un bureau où l'on mange. » — Charité ? « Quelqu'un qui offre quelque chose avec joie. » — Différence entre tabouret, fauteuil et chaise ? « L'un est plus haut que l'autre. Personnage plus haut. Service. Service Royal. Le tabouret, c'est pour les pieds, pour monter dessus pour prendre quelque chose sur étagère ou dans armoire. L'un est fauteuil, l'autre est chaise (avec un petit sourire). »

D'après infirmières : complètement inerte et silencieuse jusqu'à il y a 2-3 ans. Maintenant s'occupe un peu, bricole dans le service ; fait un peu de raccommodage. Elle parle peu mais a de fréquentes conversations hallucinatoires et se met en colère si on l'interrompt. Elle change fréquemment de nom. Il faut ces jours-ci l'interpeller — M. Chiappe — « pour le faire venir ». Reconnaît, parmi les infirmières dont elle sait bien les noms, sa mère, sa fille, etc...

OBS. n° XXVIII. — ARN., Louise, f^e Bog..., 58 ans.

Certificats, 23 décembre 1928 (50 ans). — *Automatisme mental et idées délirantes de persécution*, psychose hallucinatoire chroni-

que. *Hallucinations auditives. Injures grossières et obscènes. Hallucinations olfactives. Prise et écho de la pensée. Énoncé des actes. Prédominance des troubles cénesthésiques. On lui triture le cerveau, on la déchire, on la « resserre », on lui brise le cou, on lui « recoupe les jambes », on lui fait des plis, des chevrons, des petites tortures, des « déchiquetures » dans la peau. Elle a de l'air dans son ventre. Sa tête a été brisée. Hallucinations génitales. Éléments visuels bizarres, avions, bicyclettes, carrés, brouettes, pleurs lumineuses ou noires qui courent sous la peau. Minimum d'interprétations. On la suit, on l'empêche d'agir, on la bouscule, on la touche. Il est probable que les voisins et le propriétaire sont les auteurs de ces persécutions. Motif : le mari n'a pas payé son terme pendant deux années de guerre ; mais attache peu d'importance à ces hypothèses. Tristesse. Indignation. Un peu de hauteur. Désordre des actes. Moyens de défense ; application de teinture d'iode, balnéation tiède, compresses humides. Phases d'excitation, sauf léger tremblement digital et lingual qui rend probable un appoint alcoolique. Pouls : 80. Troubles de la menstruation, depuis de nombreuses années. Opération imprécisée sur les organes génitaux en 1914 ; fibrome et rétroversion. Intervention nouvelle en 1919. Ménopause définitive il y a deux ans. Regrets de n'avoir pas d'enfants. Début brusque et précis des troubles hallucinatoires le 26 septembre 1924. — D^r HEUYER.*

12 décembre 1931. — Psychose hallucinatoire chronique, *hallucinations auditives et cénesthésiques. Idées délirantes de persécution psychique et physique. A maintenir.* — D^r X. ABÉLY.

Délire de persécution et d'influence. « C'est une martyre. Ce « sont des monstres. C'est une usure et une souffrance. » Se plaint de tout : de la nourriture, du couchage, de la souffrance trop grande, de la destruction de sa personne. Une partie du délire est pénétrable, bien que pauvre, sans systématisation précise. « Maintenant j'ai tout compris. Après 8 ans (exact) d'hôpital. » Elle essaie de quelques vagues interprétations : « les sillons sur la peau « qui montrent que c'est brisé. Des taches rouges sur la chemise « qui prouvent les trous. » Ce souci dialectique d'amener des preuves ne va pas jusqu'à choisir ces preuves, qui sont imposées sans discussion comme sans efficacité. Manifeste très clairement sa jalousie, en reprochant aux infirmières de coucher avec son mari. On retrouve plusieurs symptômes très classiques :

La lecture devancée : « Je ne peux pas lire, il y a toujours quelqu'un qui lit avant moi. J'entends très bien : certain courant. « C'est un mouvement. Ces voix lisent même avant que j'ai lu. Je ne « pense pas que ce soit une tête qui soit si imbécile. C'est une « martyre depuis que je suis ici. » Les pensées imposées : « On « m'envoie des pensées. Parfois je me dis : « Non, ce n'est pas de « moi. » « C'est pensé machinalement, mais je me reprends : « Non, ce n'est pas de moi. » L'hallucination difficile à classer (!) :

« C'est un bruit, mais pas fort. J'entends comme au téléphone.
« C'est intérieurement que ça cause ; quand j'entends, ce n'est pas
« moi qui pense. »

Mais l'ensemble de son délire, qui est toujours l'agression et la transformation de son corps notées dès le début dans le certificat, est une magnifique fabulation paralogique. Cette agression est particulièrement intense dans la sphère génito-anale. « Des fils
« dans le derrière. J'ai des marques partout. Des petites aiguilles
« dans les fesses ; des aiguilles, pas des épingles parce que ça
« passe ! Je n'ai plus de fesses, je n'ai plus que la peau. » « Je ne
« peux pas préciser. La personne est toute détruite. J'ai ramassé
« tous mes os partout, sur le ventre, sur le dos, sur la peau. Mes
« muscles, où sont-ils ? Du sang ? Je n'en ai pas. Mon cœur ? Je
« n'en ai pas, je ne le sens pas. Mes poumons ? Je ne sais pas du
« tout où ils sont. » « Les organes de dame sont massacrés et je
« n'ai jamais eu cependant de gestes malpropres. J'ai l'utérus en-
« volé, retourné par l'air... C'est un mouvement qui le fait. Le
« reste de ma peau du ventre dans ma tête. » « La nuit, c'est une
« atrocité. On fait passer des fils très longs. Il y avait une poussée
« d'air qui remontait jusqu'à la tête et deux fils qui sortaient par
« le haut. » « On me garde pour me refaire mon sexe, parce que
« je suis usée. Je me suis demandé un jour si je ne serais pas
« transformée en homme, je ne m'en sens pas les éléments. »

L'affectivité ne concorde pas avec ces « atrocités » : raconte avec une certaine expansivité et bonne humeur. Rien d'agressif ni de mélancolique. « Je suis une vraie guenille... mais je n'y fais
« plus attention. »

Langage syntaxique, sans néologisme. Elle emploie des images étrangères qui annoncent le langage subjectif. Voulant dire que tout le monde lui dit la même chose, patron comme internes :
« Les internes, c'est en file indienne par rapport au médecin
« particulier ».

Mémoire bonne, bien orientée, sait les noms de tous les médecins qui l'ont soignée. Date de mariage, d'intervention chirurgicale, d'internement. Fait terminer la guerre le 11 novembre 1919-1920. 3 fois $17 = 51$!... (du premier jet : 41, 71 ? réfléchit : 51.
« Je peux penser quelque chose vite : Hop ! on essuie ! » Très adaptée à l'interrogatoire. Comprend l'ironie, en use. Remarquable couturière. Colères grossières et terribles : se ferait du mal (sans mélancolie) en luttant contre les invisibles. Se trouve aggravée.
« Chez nous ce n'était rien du tout. C'était un soupçon. Ici, c'est
« un monde. »

OBS. XXIX. — MATH., Jeanne-Suzanne, f^e COUILL., 61 ans.

Certificats, 4 juillet 1932 (61 ans). — Psychose paranoïde. Automatisme mental et idées délirantes de persécution mal systématisées. Hallucinations auditives. Injures. Menaces de lui faire quitter

son logement. Hallucinations olfactives (odeur de coiffeur et de médecin). Prise et communication de pensée. Énoncé des actes. Troubles cénesthésiques. Electricité, accusations contre les voisins, qui jettent par le plafond des excréments dans son logement. Substitution d'enfants. On a fait disparaître une de ses filles et on lui a fait croire au décès de celle-ci. Illusion de sosie. On lui a remplacé sa seconde fille. Affaiblissement psychique probable. Incohérences. Désorientation. Désordre des actes, injures aux voisins. Indifférence affective. Turbulence. Projection d'objets, pas de signes neurologiques. Mari interné il y a 15 jours, se refuse à admettre son internement. Affirme qu'il est parti avec sa fille et un petit garçon. Début des troubles psychiques il y a au moins 20 ans. — D^r HEUYER.

12 juillet 1932. — Démence paranoïde avec incohérence profonde des propos, salade des mots, ébauche de néologisme, idées vagues de persécution sans aucune systématisation. Hallucinations auditives, olfactives; asthénique. Désorientation. Evolution vers l'affaiblissement intellectuel, agitation épisodique. — D^r X. ABÉLY.

25 juillet 1932. — Psychose hallucinatoire : idées délirantes mal systématisées de persécution, hallucinations auditives, olfactives, cénesthésiques et visuelles; gros appoint onirique; désorientation; dygnésie, indifférence, turbulence, désordre des actes, subictère, origine éthylique probable. — D^r X. ABÉLY.

Le délire est complètement incohérent. Les thèmes délirants sont difficiles à préciser et impossibles à systématiser. Le thème de persécution, fondamental, est laissé dans le passé. La malade reparle de toutes ses hallucinations passées, cénesthésiques, olfactives, psychiques. Le thème de jalousie n'est pas oublié avec son mécanisme de projection apparente : les voix lui apprenaient que Mme B. « avait des envies de mariage » pour son mari ; mais elle-même reconnaît innocemment qu'avant son mariage elle allait avec M. B. se promener au Bois de Vincennes. Actuellement, la malade nie toute hallucination et elle parle des événements antérieurs sans agressivité ni passion. L'incohérence de la pensée débordé largement ces reliquats délirants, sans toutefois envahir toute la production psychique de la malade. La syntaxe est bonne. Aucun néologisme n'est noté. Il s'agit avant tout d'une incohérence sémantique, réalisant le type même du langage subjectif.

Parfois c'est une explication délirante d'un fait très précisé. Ainsi la malade reconnaît sa déficience intellectuelle : « Je suis trop « abrutie, je ne sais plus rien du tout » et elle ajoute : « Mon écriture (écriture d'illettrée, fautes d'orthographe grossières) est par « tie drôlement. Un jour où je serrais la main d'une dame, mon « écriture est partie. Il ne me restait plus que le crayon. Je ne pou- « vais plus écrire à l'encre... Je n'ai pas assez d'estomac ni de tête « jeune. » Devant son impuissance à donner la date exacte : « La

« dernière fois que l'année s'est changée, j'ai bien fait attention au « calendrier pour pas qu'il se change. J'ai été trompée. Cela donne « de l'abrutissement. On ne sait plus. » Le plus souvent il faut plusieurs recoupements pour retrouver l'élaboration affective et la signification probable. Son mari faisait la cour à Mme B. « D'après « les cordages tirés, ils sortent bras dessus, bras dessous pour la « livraison du rideau. Les cordages tirés pour faire voir que j'étais « une femme trompée... », les cordages tirés s'expliquent quand on sait que rien dans la conduite de son mari ne pouvait lui faire supposer son infidélité (elle ne l'apprenait que par des voix informatrices) et que plus tard, elle ajoute : « J'ai eu longtemps l'électricité « cité dans le dos... Tous ces cordages d'électricité ont fini par sortir. Ça fait un rouleau de cordon électrique... » Et finalement elle précise qu'on venait de mettre l'électricité dans son escalier. Quand on la conduit au Dépôt : « Il y avait des taxis avec l'Allemagne « dedans. » On découvre que l'Allemagne représente les agents de police, en regroupant ces trois éléments : « C'est le Roi « d'Allemagne ou de Russie qui m'a menée au Dépôt. » Elle faisait la collection des têtes couronnées de Félix Potin. « Beaucoup de « rois, roi de Prusse. » Et sa mère, luxembourgeoise, se mettait en colère quand on la traitait d'Allemande. « Pour elle, c'était une « injure envers le mariage (qui avait changé de nationalité) » ! Bien d'autres fois, ce petit jeu de rébus demeure sans succès : « C'est une personne qui se change toujours dans la même signature. Il n'y a pas trop de personnes qui restent dans la signature « d'une même personne. » (?) Ces incohérences n'empêchent pas des réponses pertinentes et précises. Mémoire : naissance, mariage, domicile exacts. Age de sa mère, frère mort en 1920. 3 enfants ; mari. Sait qu'elle est là depuis 1932. Armistice ? 1918. « Je « suis trop abrutie. » Bien orientée. Fait une multiplication juste. Achoppe au problème des œufs, mais reconnaît que « ce n'est pas « cher envers ce que ça a été ».

Toujours très adaptée, très présente, lucide, docile, non passive. L'internement : « Je ne tiens pas à sortir. Où voulez-vous que je « sorte ? » Affaiblissement scolaire, reconnu, déploré et expliqué par la malade : « Quand mes enfants allaient à l'école, je pouvais « aider à leurs problèmes. Maintenant je suis tout juste bonne pour « le balai. » Travaille parfaitement au crochet, mais ne pourrait pas le « dicter ». Vit assez seule, déclame beaucoup, mais se tait quand on l'aborde. Regarde les images du journal. Bonne travailleuse, beaucoup d'ordre. Très persécutée.

3. Ce troisième groupe correspond à des malades dont l'appréciation exacte demande plus de nuances. Voici quatre cas où l'on trouve un fonds mental peu perturbé, une assez bonne adaptation au réel. Le délire paraît d'une systématisation

relativement cohérente ; mais des expressions déroutantes rappellent la pensée hétérophrénique ; un langage subjectif, des néologismes, des formules fixées font hésiter à parler de structure paranoïaque. C'est avec des cas de ce genre qu'on tente parfois de réaliser l'unité des délires chroniques : un délire ancien pourrait donc évoluer vers une certaine incohérence (cristallisation du délire, coalescence de souvenirs dont la référence est perdue...), sans qu'il faille le rattacher à la démence précoce. Nous croyons que les observations précédentes (en particulier obs. XIV à XXII) justifient ce rattachement. Mais nous ne croyons pas qu'il y ait un fossé irréductible entre les deux pôles : paranoïa et schizophrénie, où viennent graviter en majorité des psychoses hallucinatoires chroniques. Nous considérons la paranoïa et la schizophrénie, non comme deux maladies mentales, mais comme deux psychoses (1), c'est-à-dire comme deux organisations morbides de l'activité psychique à deux niveaux différents de dissolution. Une fois ces deux niveaux caractérisés, il n'y a aucune difficulté à admettre, et les niveaux de transition, et le passage possible d'un niveau à un autre. Un malade qui présente un délire passionnel de revendication peut fort bien terminer dans une incohérence schizophrénique, sans qu'il soit nécessaire, ni d'admettre la schizophrénie latente dans le délire passionnel, ni d'aboutir à l'impasse peu séduisante d'une « association » des psychoses.

OBS. XXX. — HES., Georgette-Joséphine, 59 ans.

Certificats, 19 août 1915 (38 ans). — *Aliénation mentale avec exaltation et idées de persécution, hallucinations de l'ouïe et de la vue. Tentative de suicide. Mlle H. pouvait être dangereuse et pour elle-même et pour son entourage.* — D^r SERIN.

26 août 1915. — *Confusion hallucinatoire. Elle entend des insultes. On lui envoie des mauvaises odeurs. On change sa figure et ses vêtements. Idées de persécution. Alcoolisme. Tremblement des doigts.* — D^r TOULOUSE.

13 octobre 1917. — *Délire de persécution systématisé depuis des années, est dans un état stationnaire et doit être maintenue. Elle n'est pas sans présenter des dangers.* — D^r LEGRAIN.

(1) Nous reprendrons cette conception plus en détail, p. 117.

Délire de persécution et de grandeur : « J'ai des couteaux dans les dents. Ils m'ont rentré des aiguilles pendant 15 ans. Rentrez-lui dans la gueule le couteau de l'Impératrice », disait-on. Horrible souffrance dans les dents. « C'est un trafic de fous. C'est une basse vengeance. Il suffit d'un policier dans une maison. Ils m'ont tuée 100.000 fois. » « C'est quand ils vous empourprent..., ils vous mettent dans la figure de la pression atmosphérique. Le matin j'ai les doigts raides. Ils parlent toujours, ils cancanent, ils combinent. Ce sont les devins et les voyants qui font de l'hypnotisme. Cela ne manque pas. Si je vous le disais que j'ai rapporté des milliards au monde, par mon histoire, par les circonstances. Toutes les malades sont des déterrées, je suis la seule vivante. Elles reviennent de l'autre monde. » « Quand ils ont des cas comme vous ils vous vendent à la Faculté. »

Structure : phrases claires, syntaxiques. Délire très peu systématisé, cristallisé (persécutions, agressions coercitives, mégalomanie) mais avec des expressions paranoïdes. Très peu agressive. Type du délire qui désarme, mais qui ne disparaît nullement. « Je n'y fais plus attention. J'en ai tellement l'habitude depuis 20 ans. » « Et qu'est-ce que vous voulez qu'on explique au bout de 20 ans ? » Affectivité courante excellente. S'inquiète de son mari qui n'est pas venu depuis 6 mois (venait tous les dimanches depuis 20 ans). Pensée courante tout à fait pénétrable. Pertinence, excellente adaptation à la conversation. Mémoire assez bonne, $3 \times 17 = 51$. Connaît les noms de tous les médecins. Travaille un peu : couture, crochet. Lit le journal.

OBS. n° XXXI. — HUMB. Maria, f^e Bocq., 45 ans.

Certificats, 24 juin 1931 (40 ans). — Délire de persécution, syndrome hallucinatoire évoluant avec des paroxysmes depuis deux ans. Insultes, grossièretés, on racontait qu'elle était jalouse de son mari. Réactions violentes contre ce dernier, à cause de sa jalousie pathologique, interprétation de ses propos, de son attitude, de ses retards. Actuellement, tendance à l'isolement, ne voisine pas ; craintes que certaines locataires ne lui soient pas favorables, « il y a tant de vilaines gens ». Accuse les voisins de couper des fils de la T.S.F. pour troubler ses auditions, certains ont « trop grande langue ». Colères, scènes violentes. Aurait proféré des menaces de mort contre son mari. Réticences très serrées, négation systématique de tous les faits qui sont rapportés. Débilité mentale avec connaissances scolaires réduites. Orgueil pathologique. Réflexes tendineux vifs. B.-W. partiellement +. Meinicke négatif (1929). Négativation par un traitement. L. C.-R. normal. — D^r COURTOIS.

30 juin 1931. — Psychose hallucinatoire ; hallucinations auditives, gustatives, olfactives, idées délirantes de persécution et de grandeur ; irritabilité ; réactions vives ; réticence très marquée ; spécificité probable. — D^r X. ABÉLY.

Les antécédents apprennent : mère déprimée constitutionnelle ; père neurasthénique. Le délire est très estompé maintenant. La malade prend un air tout surpris quand on lui lit les certificats : « Ah ! vraiment. » Reconnaît les hallucinations pour le passé. N'avoue rien pour maintenant. Venue ici « pour souffrances ». « Je suis venue ici pour être soignée. La souffrance diminue de « jour en jour. » Dort bien, « mais ne disconvient pas » de ce qui peut se passer la nuit sur elle (viol...). « Vous avez une drôle d'im-
« pression envers moi, Monsieur le Chirurgien ! » Les idées de grandeur paraissent très réduites : « Si je suis riche je ne vous « oublierai pas... » Aucune hostilité : mais ce qui reste du délire, c'est un souvenir de cette affectivité orgueilleuse qui était l'intui-
tion fondamentale de son délire de persécution en 1931. C'est l'éloge de bon droit et de sa droiture en des phrases d'une abstrac-
tion incohérente. « Je ne suis, moi, que sincère et très juste, pour tout ce qui me concerne. Car vous n'avouez pas franchement votre réalité à l'égard de ma juste chose, de ma sincérité... » La réalité ?
« C'est la sincérité de la personne qui ne connaît que sa juste « chose... » — Et la juste chose ? « C'est la sincérité. » — Et la sincérité ? « C'est le profond. C'est tout ça, c'est tout ce qui
« concerne la tête... » On lui demande d'écrire son plus grand désir : Ecrit : « Ma sincérité, ma juste chose, quand on parle franche-
« ment. » Attitudes affectives cristallisées, stéréotypées dans des mots abstraits, s'exprimant sans souci des articulations ration-
nelles du langage. Noter un tour volontiers sentencieux : « La vie « est tellement drôle. Qu'est-ce que la vie ? », et ceci à propos de viols qu'elle subit ! Langage : article supprimé. « Et tout d'abord
on veut avoir avec moi un accord réalité ! » Pensée courante bien adaptée à l'examen. Quand elle part : « Au revoir. Tous mes re-
« merciements. Vous m'avez fait très plaisir. » Bien orientée dans l'espace, dans le temps (1937, 1938). Guerre : 4 août 1914, 11 novembre 1917. Armistice. « C'est nous qui avons été
« vaincus (?). » Se souvient d'avoir été évacuée. Calculs faibles : 3 fois 17. $17 + 17 = 34 + 17 = 47$. Finalement : 51. Addition : commence par la gauche. Totaux partiels exacts. Esprit peu prompt. Réponses approximatives : capital de la France ? « Ce
« sont les unités étrangères. C'est ce que vous avez dit de la « France. » — Paris ? « C'est la Capitale de Paris. » (Intoxic. par
quest. précédente). Vit très isolée : un peu de crochet, un peu de dentelle. Attend passivement sa sortie, ou son maintien. « J'ai bien
« déjà resté cinq ans ici. » (exact).

OBS. XXXII. — DETR. Marie-Henriette, Veuve PERR., 74 ans.

Certificats, 26 mars 1915 (53 ans). — Psychose hallucinatoire chronique avec idées délirantes de persécution datant de plusieurs années, dirigées contre son entourage et particulièrement contre une bande, dite « quatre points cardinaux », acharnée à se venger

sur elle, des méfaits commis par sa mère. On l'injurie, on la calomnie, on la menace, etc... On l'empoisonne, on l'asphyxie. Hallucinations auditives, olfactives. Interprétations morbides. Réactions extravagantes et désordonnées. Excitation et anxiété par intervalles. Démarches au commissariat, dans les ministères, plaintes au parquet. Arrêtée au milieu d'un attroupement aux Champs-Élysées, arborant à son chapeau un écriteau où elle proteste de son honnêteté malgré les accusations dont elle est l'objet. — D^r DUPRÉ.

30 avril 1932. — Délire hallucinatoire de persécution. *Peut être maintenue. — D^r X. ABÉLY.*

Fausse reconnaissance (la maîtresse de son mari). Interprétations : « Ma mère a été volée sur la côte. C'est pourquoi elle « s'appelle La Côte. Toutes les jeunes filles veulent se faire passer « pour mes enfants. On me faisait mal à la tête. Vous me faites venir, évacuer du vent par l'anus. » Comprend rétrospectivement depuis 1921 que tout le monde lui en voulait, parce qu'elle ne connaissait pas le « parler de la pensée ». Depuis cette date elle comprend que les pasteurs sont des canailles.

Hallucinations : Voix rectificatrices : « Je croyais que vous vous « appeliez L., mais mon fils vient de me dire que vous vous appe-
« liez N. (exact). » Voix informatrices : son mari avait « une
« teigne d'huître » au foie et aux cornets. Avait « la pieuvre
« d'huître ». Visions : « Dans les bas-fonds. » Voit l'Eglise des
Batignolles, même les yeux fermés. Ne voit dans l'espace que depuis
1922. La mère de son mari : « quand je parle, elle se met en
« vision ».

H. Psychiques. Inintégration d'une défaillance de mémoire :
« Quand je veux dire quelque chose, on peut m'enlever ma pensée,
« je puis toujours penser, mais pas le mot que je veux dire. »
« Mystérieuse sorcellerie. » Refus d'intégrer une pensée sexuelle :
« Depuis 1922, je sais qu'il a essayé de m'assaillir. Il m'a envoyé
« cette pensée, cette mauvaise pensée d'homme, cette pensée d'or-
« ganes génitaux urinaires. » Tous les voisins parlent « par la
« pensée » depuis 1922, reprend souvent ce « parler par la pen-
« sée » qu'elle n'a pas toujours eue.

Action à distance : « On m'a bossuée par la pensée. Je n'avais pas
« le parler initiative : le parler par la pensée ». Il permet de
parler à distance (mimique sans parole). Emprise de spontanéité
psychique. Emprise non justifiée ; elle majore ses possibilités
(parler à distance) pour justifier cette impression subjective de
manque d'initiative, puisqu'elle peut très bien parler en réalité.
Signification : dire chérurgie et non « chi » (jeu de mots), « chi »
c'est l'excrément, excrément de voyous. Reçoit une carte postale
d'un étang, de son fils. « Il est tombé dedans. » Contenu sexuel :
« Pensée génito-urinaire. C'est comme le mariage. Maintenant on
« me tracasse l'anus. Une directrice veut l'accaparer : cette hysté-

« rie, cette luxure. Elle a « trafiqué » avec moi. Elles veulent me « faire envoyer des sensations que je ne veux pas avoir. » « Elles « voudraient probablement que je me remarie. » « Ces femmes « envoient des pensées urinaires aux femmes. Moi seule, je ne le « ferais pas. » « C'est soi-disant joie. Ce n'est qu'une atrocité. » Langage : manque d'article : « Je me suis trouvée arrestation de « guerre » — « habillé en costume préfecture ». Néologisme : « templisme », « sinistrée », « fraudeur »... « sinistre ».

Quelques tendances mégalomaniaques : « Je suis la moins fautive. » « Je suis un cas extraordinaire. » Extension : « dépit », dégoût pour le peuple, le peuple de Paris. Langage syntaxique : on suit bien son histoire. Mais cette mémoire est assez floue. Mosaïque d'ennuis, à unité affective. Manque de suite dans le drame objectif. Dispersion dans le temps.

OBS. n° XXXIII. — COCH., Marie-Louise, veuve BRA., 61 ans.

Certificats, 30 juillet 1931 (56 ans). — Psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis plusieurs années. Hallucinations auditives continuelles, insultes, menaces, allusions, cauchemars, hallucinations olfactives. Insolation de la pensée. Stéréotypie d'expression, langage subjectif, analogies verbales, intonations maniérées. Déjà internée à Villejuif. Association d'idées de persécution et d'état dépressif déjà ancien. Tentative de suicide, arrêtée au moment où elle enjambait le parapet du pont d'Auteuil. — D^r GUIRAUD.

5 janvier 1932. — Psychose hallucinatoire chronique. Persistance du délire et des phénomènes psycho-sensoriels. — D^r DUCOSTÉ.

Déjà internée en 1916. Trois mois. Pleurait beaucoup. 2^e internement : 5 juillet 1923, nié par la malade. 3^e internement en 1931.

Impeccabilité revendicatrice exposée avec satisfaction. A toujours vécu chez elle « gentiment, proprement. Toujours je payais « comptant. Un joli petit intérieur, une existence propre, des papiers en règle, une petite vie tranquille, posée, ordonnée. » Très fermée, ne vivait que pour sa famille. Réclame « réparation d'honneur », « Mon Droit et mon Dieu. » Persécutions : d'une part l'internement « entache son honneur ». D'autre part tous les mauvais procédés dont elle est l'objet. Majore l'importance du conflit. « C'est censément une guerre civile, car c'étaient des Belges qui « habitaient la maison. » A trois enfants. Aime surtout ces deux fils, et c'est cette affection qui va être à l'épreuve : « insultes, « outrages, pistée, espionnée. » « On voulait me faire passer pour « une mauvaise mère. » Elle battait ses enfants... « et de mauvaises choses ». « On me porte préjudice à moi et à mes enfants, « sur nos moyens d'existence... » On s'est servi de faux et d'usage de faux pour la faire interner. Ici, « je ne m'en occupe pas, pré-

« tend-elle ». En réalité, même atmosphère d'hostilité. Mauvais regards. Injures : « que je rendais mes enfants malheureux..., que j'en-fermais mes enfants avec des personnes, que je débauchais mes « enfants. » « Jamais ma pensée n'a été de me remarier. » On l'accusait « d'avoir quelqu'un ». Choses malpropres, choses inélégantes. Ces « procureuses, ces embaucheuses de toute espèce de mœurs ». « Des amies, i, e, s, il n'en faut pas, encore moins. Il y en a de « toutes les sortes. » Entraves « qui corrompent toute la vie de « famille ». « Les femmes galantes ont ce don là de détourner les « ménages... » « Il y a encore des fraudes, des escamotages, des « cancons. » « On m'a prise pour une autre, pour des factures non « payées. » Partout elle flaire des « allusions ». On va même jusqu'à épeler des mots connus seulement d'elle et de son mari. On continue « des reflets » la nuit, probablement faits avec une glace à main. Autrefois on le faisait dans son alcôve ; mais elle n'a pas tout de suite compris. « On faisait imiter des religieuses en chiffons... A la fenêtre, en face des vêtements qui représentaient... « moi, je ne sais pas, je ne suis pas au courant. » C'est un mélange inextricable d'interprétations : « On ne me renseigne pas, on me « cache tout », et d'attitudes hallucinatoires. Ni agression psychique, ni agression corporelle. « J'ai subi de graves sévices, des « attentats à la pudeur. Elles s'en occupent pour vous persécuter « là-dedans. »

Langage, dans l'ensemble, syntaxique. Structure cohérente, pénétrable. Cependant : néologisme (?) « ordree » (2 fois). Formulisme (stéréotypie d'expression) : « une petite pointe de manie, « une pointe de jalousie ». « Ceux qui n'étaient pas ordrés comme « lui (son mari), ordonné comme lui, sobre comme lui. » Accuse « ces détresseuses de ménages, ces détourneurs de foyers, des « détourneurs de... » « Ces fausses parentes, ces fausses paternités. » Quelques incohérences « quand la malade est un peu excitée ». « L'eau avait un drôle de goût. Mon mari avait débuté comme « jalousie, comme fontainier (exact). Par les veuves de marbriers, « par les veuves de Pompes funèbres ». (A fait faire un caveau pour son mari et son fils par la veuve d'un marbrier). « On appelle les « lavabos des « comtesses » (?). C'est justement le nom de ma « mère : Comtesse. Je suis forcée de protester et de demander de « partir. » Fonds mental : paraît excellent. Bien orientée, Bien adaptée. Vit toujours seule. Colères contre ceux qui lui en veulent. On lui fait du mal. Gifle parfois.

Cette autre observation montre une structure assez pénétrable et un affaiblissement psychique assez net. Mais cet affaiblissement est remarquable moins par son déficit capacitaire que le désintérêt massif de la malade pour elle-même et tout ce qui l'entoure. Ce manque total d'élan ne paraît pas sans analogie avec ce qu'on observe chez les vieilles hébéphréniques.

OBS. n° XXXIV. — LEBL., Marie-Louise, Veuve LAUR., 52 ans.

Certificats, 12 novembre 1932. — *Automatisme mental. Idées délirantes de persécution. Hallucinations multiples. Echo de la pensée et commentaires des actes. Voix menaçantes et injurieuses. C'est son hôtelier qui lui parle et lui en veut, il propose de « la faire mettre en carte ». Bruits attribués à des appareils électriques. Un appareil logé dans la cheminée s'appelle « l'intoxiqueur », lui brûle le cerveau, le vagin et la vessie. Odeurs et empoisonnement. Coliques et diarrhée. Espionnage dans la rue, etc. Psychose semblant durer depuis quatre ans. Ecchymose sous-orbitaire gauche ; prétend que c'est l'œuvre de ses persécuteurs. Ménopause chirurgicale il y a 5 ans. Elle est allée se plaindre au commissariat. — D^r LOGRE.*

24 novembre 1932. — Psychose hallucinatoire chronique ; hallucinations polymorphes ; idées délirantes systématisées de persécution, plaintes au commissariat ; ovariectomie. — D^r X. ABÉLY.

Délire de persécution avec inquiétude diffuse ; présentation un peu mélancolique. Parait réticente (ou très imprécise). Elle redoute : « d'être attaquée en plaidoirie » ; « d'être mise en carte », déjà en 1932. Cette crainte est à rapprocher de son veuvage de 1918, de sa castration de 1925, de son regret de ne pouvoir se remarier : « On ne se remarie pas avec une femme malade. » Rien n'amenait la conversation sur ce sujet. Elle redoute encore une « visite » médicale, « surtout par-devant les infirmières du « service! » Un instant avant : « Ça ne s'écrit pas. C'est trop vilain. « Je n'ai jamais pratiqué ces choses-là... » « Il n'y a que du vice, « ici... » « Je refuse toute relation et tout attouchement. C'est pour- « quoi on m'en veut. » Sûrement hallucinée : « Avec tout leur « crac. » « Tout ce qu'ils dégoisent. » « Demandez-leur ; ce n'est « pas à moi de vous le dire. » « Je ne veux pas qu'on m'amène au « ster », au « star ». « Ne me faites pas des piqûres toujours « mortelles. » Pensée courante : sait qu'elle est à Villejuif. Connait date d'entrée, date du jour à 8 jours près. Date de mariage. Situation du mari ; le domicile de son frère, se souvient de son internement. Parle de ses enfants. Structure très pénétrable. Petites opérations difficiles : ne peut pas faire de multiplication ; ne peut faire le calcul du nombre d'années écoulées. Ne sait pas ce qu'est Villejuif. « Je n'ai jamais vu le papier ».

Désintérêt massif : « Je ne leur cause pas. J'ai d'autres soucis. « Je ne parle avec personne du tout, du tout... » La journée : ne travaille pas. « Ma sortie est proche. Je n'ai pas le droit de travail- « ler. Je préfère rester assise. Ce n'est pas le travail qui me désen- « nuierait. »

Ces trois derniers cas présentent un état de loquacité, une fugacité des idées rappelant l'état maniaque. Pour deux (obs. XXXV et XXXVI), ce diagnostic a été porté au début.

OBS. n° XXXV. — Mme Vig., Annette, f^e CHAM., 61 ans.

Certificats, 13 avril 1931 (56 ans). — Excitation psychique. Volubilité incohérente et monotone. Grimaces, chuchotements. Grossièretés, méfiance. Opposition à l'examen physique. Ne veut pas qu'on examine ses réflexes rotuliens. « On lui a déjà fait les genoux, etc. Paraît désorientée. Ignore la date, dit-elle. Fonds d'indifférence. Désordre de la tenue. Scandale dans la rue, suivait un enterrement en criant : « Mes 7.000 francs... Il y a la révolution, etc... » Pas de signes physiques nets. — D^r LOGRE.

14 avril 1931. — Démence vésanique avec hallucinations et idées de persécution ; loquacité sans suite, insomnie. Déjà traitée en 1924. Peut être transférée. — D^r SIMON.

22 avril 1931. — Affaiblissement intellectuel ; délire hallucinatoire ancien ; résidus hallucinatoires, dissociation psychique ; néologismes ; agitation ; indifférence ; désordre des actes. A maintenir. — D^r X. ABÉLY.

« On m'a doublée. J'ai l'âme blanche. On m'a changé les yeux. « Voilà 12 ans que je vois moins bien. » Internement : « J'étais dans « une église. Il y avait un corbillard. J'entendais parler ma fille « dedans. » « J'entends Mlle Antoinette, à distance. Ici on endort « les femmes. » Jamais elle, cependant. Actuellement encore interprétations anciennes, non actives, quelques attitudes hallucinatoires. Discours qui paraît sans suite, par multiplicité dyschronologique des souvenirs évoqués. Souvenirs pêle-mêle à propos de son mariage, de ses filles : « On m'a coupé la bouche, le menton avec « du verre (allusion à un accident) pour faire de moi une vieille « femme. » « Je n'ai pas besoin de feuille. Je ne suis pas pour la « révolution. Ici c'est tout des réfugiés de Beauregard. Ici c'est un « refuge de soldats, un refuge de M. Chaliar. Il y a ici 17 bas- « tions. » A propos d'un problème : « 7 œufs à 13 sous. » « 2 œufs, « 26 sous. » 3 œufs. « Je ne sais pas. Mais ne vous inquiétez pas, je « m'arrangerai bien. Du reste j'avais des poules. Je faisais la vais- « selle. Ils me paieront s'ils veulent. » Elle est de grande race. Cela veut dire de grande taille. « J'ai été grande. » « Je suis « grand'mère. » L'interne est M. F., chez la mère duquel elle faisait des ménages, « Moi je ne veux pas payer pour l'autre. Le Bon « de la Défense m'appartient. J'ai été dévalisée par le charcutier de « la rue St-Ouen. On m'a mise toute nue (Dépôt) ! On m'a pris les « Bons » que j'avais sur le derrière. » « Vous écrivez ? — Moi je « ne transmettrai pas vos lettres. » « J'étais blonde quand j'étais « jeune ; j'ai foncé ici. C'est avec des potions qu'on se fait brunir. « Si la bouche a été défaite il faut la recoudre » (son accident). Langage syntaxique, élisions : « F. a été enlevé quartier pari- « sien. » Ecriture : très sénilisée, lettres sautées dans son nom. Incohérence apparente ; flux de souvenirs apparent, soit d'eux-mêmes à leur place, mais hors de propos ; soit transposés

dans la situation actuelle (fausses reconnaissances). Mode de pensée rappelant la fuite d'idées du maniaque. Il n'y a pas de regroupement de tous les faits évoqués suivant un mode de pensée nouveau. Pas de pivot affectif prévalent. Simple mentisme. Pauvreté. Improductivité manifeste. Peu d'apport de l'extérieur. Pensée courante, pénétrable, mais très affaiblie. Attention bonne. Mais cependant la malade revient toujours aux mêmes préoccupations. Mémoire très mauvaise : dates ; se croit à Brévannes. Fausses reconnaissances Opérations psychiques très médiocres : donne exactement la recette du pot-au-feu. Inactivité complète (consciente et excusée (!) « Les dames en blanc n'en font guère plus que nous »). Désintérêt. Ne fait pas son lit. Se coucherait toute habillée. On ne peut rien obtenir d'elle.

OBS. XXXVI. — GUITT. Françoise, f^e LAV., 60 ans.

Certificat, 19 août 1925 (49 ans) : agitation avec cris, *interprétations délirantes*, idées de persécution. D^r HAGUENAU.

20 août 1925 : excitation maniaque (1^{er} accès). D^r MARIE.

21 août 1925 : *état confusionnel*. Vive excitation. Allégation de douleurs généralisées et de céphalée. Préoccupations hypochondriques. Langue saburale. Ecchymoses en différents points du corps. D^r ROGUES DE FURSAC.

3 septembre 1925 : *délire de persécution*. Actuellement épisode aigu avec confusion et agitation. D^r ROGUES DE FURSAC.

30 juillet 1929 : Excitation psychique avec automatisme mental, hallucinations psychiques, auditives, cénesthésiques, idées de persécution. D^r X. ABÉLY.

D'après le mari, troubles datant de 1905 (depuis la mort d'un petit garçon). Délire de persécution : « On ne m'enlèvera pas de l'idée que c'est le D^r R... qui m'a mise ici... C'est une maison où on prend les idées, les miennes et celles des autres. On est éprouvé par les infirmières. On sait ce que je pense, et on me met dans la tête ce que vous pensez. On répète ce que je dis, même quand je parle tout bas. » Qui donc répète ? « Ceux qui marchent ; j'entends leurs pas qui répètent ce que je pense ou ce que je dis. Et puis vous le savez bien vous-même. » « Ah ! vous m'embêtez, vous m'empêchez de dire ma façon de penser... » Bondit si on suppose que c'est un trouble de mémoire. Extension aux journaux : « Dans les journaux on parle de tout ce qu'on fait ici, de tout ce que vous faites. » Intègre des faits divers dans son délire (catastrophe de l'expédition Charcot). Mauvais goût et mauvaises odeurs depuis longtemps, « de la pisse, du caca, de la merde à manger. Est-ce que ma fille ne mange pas de la merde devant vous ». Elle sent des courants électriques, des « coussiniques ». Structure : délire incohérent dans certaines expressions. Langage subjectif. Quelques renseignements biographiques ; séduite à 10 ans par

son beau-père : « J'aimais assez ça. » Réglée à cette époque. Séduite à 11 ans par T..., qui passe en Justice de Paix. Mère très peu affectueuse qui n'aimait pas qu'on l'embrasse : « Ce sont des caresses de chien. » Un mot revient sans cesse : « royauté ». Néologisme psychologique ou symbole qui se développera sans systématisation. Abdication : « Roi de France, Louis XV. » « J'ai appris la royauté. On veut tuer mon mari qui serait roi, mais qui n'a pas demandé à l'être. Il va être roi chez nous. Je veux qu'il soit roi, roi de France, roi des Puissances. Il descend de Louis XV. » « Le D^r R... (persécuteur désigné) va m'engager à partir d'un côté et lui à partir d'un autre..., et mon mari viendra, et il aura un grand coup... » ou « bien sa maîtresse, qui est la maîtresse de la voyante rouge. Telle la Pologne qui, dernièrement, a mis le chapeau rouge. C'est celui qui donne la guerre. » « Mon mari a abdiqué, il ne m'a pas dit en faveur de qui ; il abdique, mais pas pour la France. » « J'ai passé 11 ans (âge de son viol) à mettre la royauté. » « La royauté, c'est faire des saletés pour établir la royauté. » « La nuit on me dit : « Celle-là on la séduit. » Ce sont des femmes qui séduisent leurs enfants. Les enfants des infirmières sont chez elles, mais on les entend d'ici. Et la nuit les infirmières séduisent leurs enfants. J'entends : « Mets-toi comme ceci. » Et elles touchent leurs organes sexuels. » « Elles sont poussées à le faire. Elles se morfondent. Je ne cause pas aux infirmières, mais je le devine... Je les entends quand elles causent sur la science. C'est peut-être un autre qui cause pour elles. Enfin, je ne sais pas... » Spontanément : « Ici, on ne m'a jamais rien fait. Ici ce n'est pas une maison de bordel. » Cependant avoue : « On voudrait que j'aille avec des femmes ; je ne veux pas qu'on touche mes organes. C'est pas agréable, ça ennuie. » Langage toujours syntaxique. Néologisme : « coussimiques », probablement : « secousses sismiques » (?). Pensée courante tout à fait perméable. Légère subexcitation psycho-motrice (hypomaniaque). Mémoire assez bonne. Sait mal les mois de la guerre (mais devait déjà être malade). Petits calculs mentaux vite épuisés.

OBS. n° XXXVII. — BARB., Marguerite, f^e LEQ., 54 ans.

Certificats, 27 janvier 1927 (45 ans). — *Délire polymorphe, idées mystiques de grandeur et de persécution, hallucinations auditives.* — D^r LEROY.

4 février 1929. — *Est dans un état mental caractérisé par des idées délirantes de grandeur : la malade s'imagine qu'elle est un grand écrivain, de l'Académie Française, qu'elle écrit sous le nom de Marguerite, etc... Très réticente pendant l'examen, elle ne dévoile pas son délire de persécution probable sous-jacent. Le fonds mental est légèrement déchu, l'affectivité très émoussée. Etat général bon.* — D^r ANGLADE.

26 décembre 1929. — *Délire mégalomane* : elle est de l'Académie Française ; elle a écrit de nombreux romans et est un grand écrivain. *Système délirant coordonné*. Elle est ici en mission ; elle va parler pour diriger la Croix-Rouge. — D^r MARCHAND.

8 janvier 1930. — *Délire de persécution et de grandeur*. *Néologismes*. — D^r MARCHAND.

9 mai 1936. — *Délire chronique hallucinatoire avec des idées de persécution et de grandeur systématisées ; excitation psychique*. — D^r. X. ABÉLY.

Thème de persécution : « assassinée, volée, fouillée ». Guet-apens pour elle et toutes les écoles professionnelles. Thème de grandeur : « Je suis Cardinal, avocat. Mon père est Pape. » Extension à toutes les malades, à ses enfants (« fils d'académicien »). Excitation psychique. Expansivité (notée dans le certificat de 1933). Le thème de persécution n'a plus beaucoup d'agressivité. Elle ne parle plus guère de ses hallucinations. Intuitions cristallisées. Transmissions qu'elle sait, plus qu'elle ne les sent. Accumulation incohérente des expressions mégalomaniaques : défile tout ce qu'elle « est ». Fuite des idées (les Cardinalices en violet). Extrême pauvreté, retour des mêmes thèmes. Aucun d'enrichissement. Délire assez mal systématisé. Juxtaposition peu cohérente, peu dramatique. Il était encore coordonné en 1930. Vieux débris de délire resservi par l'excitation psychique, avec de nombreux souvenirs, mal disciplinés. Langage syntaxique. Néologismes notés en 1930. « Blouses » qui l'assassinent. Tout au plus néologisme psychologique. L'anamnèse les expliquerait peut-être facilement. Pas de formules fixes, invariables. Mal orientée (se croit encore à Maison-Blanche). Quelques dates exactes (guerre...). Petites opérations possibles : 8×9 , 3×17 . Achoppe au problème des œufs, mais le résoud quand on le décompose. Structure de la pensée serait pénétrable. Remarques assez pertinentes : « Le régime n'est pas fameux. Les œufs coûtent « plus cher que cela. » Ne sait pas que c'est un asile de fous. Paraît aimer ses enfants. Est au courant des grandes nouvelles contemporaines : Espagne ; L. Blum « un politicien ». Mais ne sait plus les successeurs de Benoît XV. Vit très isolée, déclamant (1).

(1) Nous nous excusons de ne paraître tirer de ces observations qu'un argument de combat. Il fallait cependant qu'il fût tiré. Nous ne nous dissimulons pas tous les autres problèmes que nous laissons en suspens, et l'intérêt qu'il y aurait à reprendre individuellement chaque observation. Mais nous croyons utile, étant donné le but de ce travail, de limiter nos commentaires.

CHAPITRE II

LE TROUBLE HALLUCINATOIRE

Avant d'en critiquer les conceptions, il est indispensable de les situer dans un rapide aperçu historique (1). C'est de la définition d'ESQUIROL que nous croyons devoir partir. Elle a rallié bien des suffrages, encore que, dans le fond, chacun ne s'accordât pas sur les mêmes éléments de cette phrase classique: « Un homme qui a la conviction intime d'une sensation « actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à « exciter cette sensation n'est à portée de ce sens, est dans un « état d'hallucination. C'est un visionnaire (2)... »

I. Evolution des idées sur l'hallucination

Les conceptions relatives à l'hallucination tirent leur diversité de leur éloignement progressif de la définition d'ESQUIROL. Pour celui-ci, l'hallucination doit son originalité à deux caractères essentiels : la *sensorialité* et la *projection spatiale des représentations*. On assiste ensuite à une double extension de cette notion : passage de la notion d'objectivité à celle d'objectivité psychique, et passage de la notion de perception à celle de perception mécanique.

(1) CLAUDE et Henri Ey. — Evolution des idées sur l'Hallucination. Position actuelle du problème. — *Encéphale*, mai 1932, p. 361.

(2) ESQUIROL. — Mémoire sur les Hallucinations (1817), in « *Maladies mentales* » (1838), p. 159.

C'est BAILLARGER qui vint, l'un des premiers (1842), modifier profondément la notion d'hallucination, en insistant sur le *caractère involontaire* des phénomènes hallucinatoires. Pour lui : « Ce qui caractérise l'hallucination est le fait « qu'elle se présente comme un fait *étranger* à la personnalité. » (1). Cette extension abusive dépasse largement les phénomènes d'objectivation spatiale qui sont appelés : *hallucinations psycho-sensorielles*. D'autres phénomènes incoercibles imposés, mais sans objectivation spatiale (voix intérieures), ressortissent également à cette nouvelle définition de l'hallucination : ce sont les *hallucinations psychiques*. La notion d'hallucination va s'étendre également à certaines impulsions motrices verbales (SÉGLAS), aux sens internes (hallucinations cœnesthésiques, hallucinations génitales). Puis finalement, elle comprend tous les phénomènes caractérisés par la croyance en une action extérieure (écho de la pensée, hallucinations du souvenir, mentisme). Il y a multiplication de phénomènes hallucinatoires. La *perception sans objet* de BALL finit par ne plus être une perception du tout, mais un phénomène purement xénopathique, c'est-à-dire une *sensation réelle, mais qui n'est plus intégrée au moi*. Il y a eu « passage « de la définition par *objectivité* sans fondement sensoriel à « la définition par l'*objectivité* psychique. » (2).

Parallèlement, on essaie de fonder cette objectivité psychique sur des sensations anormales et *organiques*. Déjà ESQUIROL et LELUT considèrent l'hallucination comme une image très vive, et la tiennent capable de naître dans un cerveau sain. L'image, résidu sommeillant de la perception, peut être libérée par quelque excitation cérébrale qui lui rend cette propriété inhérente : l'objectivité. C'est la théorie classique de l'épilepsie des centres sensoriels (TAMBURINI, SOURY), proche parente de la théorie de la *séjunction* de WERNICKE, dont l'automatisme mental de CLÉRAMBAULT représente l'ultime aboutissant.

Ces deux courants historiques se sont heurtés l'un et l'autre à d'énergiques oppositions. Certains auteurs veulent se tenir à la définition d'ESQUIROL et conserver à l'hallucination ce caractère de croyance intime à une objectivité spatiale,

(1) CLAUDE et Henri EY : *loc. cit.*

(2) CLAUDE et Henri EY : *id.*

réservant aux phénomènes xénopathiques le terme de pseudo-hallucinations. On voit décrire les pseudo-hallucinations de HAGEN, les pseudo-hallucinations de KANDINSKY, les pseudo-hallucinations verbales de SÉGLAS, les hallucinations aperceptives de KAHLBAUM. Ce sont ces trois dernières que G. PETIT réunit dans sa thèse sous le nom d'auto-représentations aperceptives.

De même, l'origine mécanique de l'hallucination, pouvant ainsi émerger d'un cerveau sain, est fortement mise en doute. Déjà, MOREAU DE TOURS signalait, dès 1845, que l'hallucination était liée à un état « particulier de l'organe intellectuel ». Il ne faut pas parler d'hallucinations, mais « *d'état hallucinatoire* », qui comprend « l'intelligence tout entière ». JOFFROY, BALLEY, BLEULER, SCHROEDER affirment par leurs travaux l'étroite solidarité entre les hallucinations et les autres troubles qu'elles présentent et dont elles dépendent. GUIRAUD considère comme primordial le mécanisme de *non-intégration* des éléments cœnesthésiques au moi. C'est cette désintégration du moi qui permet, sans du reste être suffisante, la projection des produits de l'imagination. Les travaux de MOURGUE montrent l'hallucination profondément liée à l'envahissement de la sphère de la causalité par la sphère instinctive, et la spatialisation des contenus de conscience relevant d'un mécanisme neuro-endocrinien où la composante *motrice* est essentielle. JANET, BLONDEL sont encore plus absolus, le trouble hallucinatoire ne peut être envisagé que comme une série d'illusions liées aux niveaux de l'activité psychique. D'une façon générale, tous ces auteurs sont d'accord pour considérer l'hallucination comme étroitement dépendante de *troubles profonds de la pensée*.

II. Les hallucinations en clinique

Comme nous l'avons déjà laissé entrevoir, il semble qu'il y ait intérêt à retourner à la définition traditionnelle de l'hallucination, telle qu'ESQUIROL l'a formulée. Il faut rétrécir le champ de l'hallucination authentique pour lui laisser ce caractère spécifique d'entraîner, chez le malade, une croyance

intime à l'existence réelle de phantasmes qu'il affirme percevoir. La formule de BALL : *perception sans objet* (1), peut paraître commode, mais elle ampute la notion d'hallucination de son facteur essentiel de *conviction intime*. C'est dans l'appréhension du monde extérieur, ce monde où nous pouvons avoir une action, mais dont nous ne sommes pas maîtres, que l'hallucination vraie vient s'insinuer. Ces deux caractères distinguent l'hallucination vraie ainsi définie de l'hallucinoïse et des pseudo-hallucinations. L'hallucinoïse répond « aux phénomènes caractérisés par la présence, dans le champ de la conscience, d'une sensation ou d'une forme (image complexe, visuelle, auditive...), à laquelle le sujet n'ajoute pas foi (2). » Il manque donc le jugement de réalité (Van BOGAERT, SCHRÖDER), l'impression d'existence (KRONFELD), la croyance (3). Les phénomènes *pseudo-hallucinatoires* ne se projettent pas dans le monde extérieur. Ils appartiennent au monde intérieur de nos pensées, de nos représentations, de nos volitions dont, normalement, nous nous croyons maîtres. Il n'y a pas ici pseudo-objectivation spatiale, mais pseudo-altérité psychique.

Nous voudrions reprendre ces trois aspects du trouble hallucinatoire et en préciser quelques modalités.

(1) Nous ne pouvons cacher une certaine répugnance à associer ces deux termes : *perception* et *sans objet*. Il faudrait préciser ce qu'on entend par objet. Déjà dans ce souci terminologique, une note proteste sur l'emploi équivoque du mot *objectivité*. « On saisit ici l'ambiguïté » et presque le jeu de mots qu'il y a entre les deux sens d'objectivité. Ce mot exprime deux choses différentes : d'une part : xénopathie, de l'autre : réalité » (CLAUDE et EY : *loc. cit.*, page 369, note 1). Le mot : *Objet* est la source d'expressions ambiguës également. Il faut distinguer — au moins à la lueur du sens commun si on ne veut pas engager et compromettre ses convictions idéalistes — entre la chose, en tant que *chose*, existant ou pouvant exister pour elle-même avant tout acte de pensée et sans lui, posée dans un univers extramental actuel ou possible ; et la chose en tant qu'*objet* posé devant notre connaissance et rendu présent à elle. La chose serait l'*objet matériel* du sens et de l'intelligence, tandis que ce qu'on appelle objet serait l'*objet formel* (Cf. : MARITAIN : *Les degrés du Savoir*, p. 176).

Si l'on veut reprendre la définition de Ball, il faut préciser que dans l'hallucination vraie, il n'y a pas d'*objet matériel*, pas de *chose*, bien qu'elle soit affirmée par le malade à travers l'*objet formel* de sa perception malade.

(2) CLAUDE et Henri EY : *Hallucinoïse et Hallucinations. Encéphale*, 1932, p. 577.

(3) Il manque, non pas la croyance au fait psychologique subjectif qui est l'hallucinoïse (ce qui serait évidemment insoutenable), mais la croyance en la réalité existentielle des objets.

A. Hallucination vraie

Quand nous avons souligné au Chapitre I la difficulté qu'il y a parfois à séparer l'hallucination d'autres mécanismes (interprétation, intuition), c'est avec intention que nous n'avons pas parlé de l'illusion. Il nous semble que la parenté entre hallucination vraie et illusion est très profonde. Parfois le malade invite à reconnaître cette parenté quand il dit entendre ses voix dans un chuchotement, dans le bruit du vent. Observ. Gui... : « J'entends leurs pas qui répètent ce que je fais ou ce que je dis. » Même dans tous les autres cas (de beaucoup les plus nombreux), il faut reconnaître qu'il est impossible d'éliminer totalement l'illusion, d'affirmer l'absence totale de quelque perception minimale, d'esthésie réelle, sur laquelle le malade brode sa *Gestalt* illusoire, et lui octroie sensorialité. Quand nous affirmons que l'hallucination est inséparable de l'illusion, nous ne voulons pas dire que l'hallucination est une illusion au sens habituel du terme. On appelle illusions toutes les perceptions provenant de perceptions extérieures transformées, et JASPERS, auquel nous empruntons cette définition, ajoute, à propos des illusions affectives (qui sont évidemment celles qui s'apparentent le plus avec l'hallucination), qu'elles sont toujours passagères, apparaissant en même temps que la perception et disparaissant avec elle. Mais il ne s'agit là que d'illusions grossières, qui, comme faits psychologiques, sont grossièrement différentes des hallucinations. Devant le malade halluciné, il est difficile de nier la possibilité d'une illusion où la perception déformée serait au plus faible degré, et la déformation *informante* au plus haut degré. Quand on remarque la composante illusionnelle de toutes nos perceptions, l'étroite dépendance de celles-ci avec le milieu perceptif et nos contenus de conscience (*résidus empiriques* ou *valeurs affectives*), il semble permis de *rajeunir* l'illusion pour essayer d'expliquer l'hallucination. C'est le désir (et l'expression même) de la théorie des écrans sensoriels de GUIRAUD (1). Mais celui-ci réclame une irritation physiologique de l'écran sensoriel sur laquelle le malade

(1) P. GUIRAUD : Hallucination et Représentation. *Paris Médical*, 6 août 1932, p. 120.

grefferait sa *Gestalt*. Il admet cependant que « certaines » représentations profitent de la moindre esthésie sensorielle « pour apparaître sous forme de perceptions, surtout dès que » fléchit l'état vigile de la pensée ». C'est la définition même de l'illusion, et, croyons-nous, de l'hallucination. L'observation impose, en effet, cette triple remarque :

Le silence et l'obscurité absolus n'existent pas, n'y aurait-il que la tension à l'état de repos et les variations physiologiques perpétuelles (circulatoires, vasomotrices) des organes des sens.

Le monde que révèle l'audition est infiniment moins précis, moins caractérisé que le monde visuel. Les sons sont perméables les uns aux autres ; la direction, la distance des objets sonores ne sont connues que très approximativement. La majeure partie des sons qui nous intéressent sont les paroles, dont il est banal de dire que nous percevons réellement $1/10^{\circ}$, et en devinons et en reconstruisons, par habitude et mémoire, $9/10^{\circ}$. Et c'est justement ce domaine où la contradiction sensorielle ne peut pas exister, où l'absence d'illusion est pratiquement invérifiable, où la construction subjective est au maximum, que la plupart des malades peuplent de leurs hallucinations, avec souvent un luxe de précisions qu'il serait difficile à un homme normal de mettre à la description d'une scène réelle, entendue et non vue. « Les aliénés manifestent « un pouvoir de localisation qui ne se rencontre qu'à l'état « pathologique. » (WERNICKE).

Le monde visuel est une mosaïque beaucoup plus rigide où les phantasmes doivent composer avec le monde réel. On peut constater que les hallucinations visuelles sont surtout fréquentes dans les cas où la perception du monde extérieur est la plus confuse (onirisme). Les hallucinations visuelles sont beaucoup plus rares que les auditives chez les délirants chroniques. Elles surviennent surtout la nuit, ou se projettent « en cinéma » sur un fond uniforme, ce qui leur permet d'éviter, autant que possible, un monde objectif dont l'ossature indéformable pourrait être contradictoire. Quand elles paraissent en plein monde réel, il est généralement illusoire de faire préciser leur forme, leur couleur, leur position par rapport à telle fenêtre, à tel arbre.

La nature de l'hallucination est d'être *phénoménologique*-

ment esthétique, sensorielle, mais pathogéniquement illusionnelle (1).

Comme nous l'avons rappelé plus haut, même en psychologie normale, tout acte perceptif est tributaire (ou victime) de quelque illusion. Certaines, purement physiques, sont redressées immédiatement par l'esprit, comme les images réfléchies ou réfractées. Les post-images, l'eidétisme, les troubles chromatiques relèvent de phénomènes sensoriels élémentaires encore assez obscurs. De l'illusion du correcteur aux illusions passionnelles, en passant par les pareidolies des auteurs allemands et les illusions collectives, tous ces faits multiples corroborent cette notion que la perception pure n'existe pas. Notre esprit qui perçoit est tendu vers l'objet ; mais il demeure fils — et combien respectueux ! — de toute notre expérience passée. L'acte proprement perceptif procède par touches sensorielles fugaces et discontinues, et tous ces hiatus, toutes ces *fissures*, sont comblés intantanément par la mémoire, l'habitude, l'imagination, polarisés en sous-œuvre par nos préoccupations affectives et nos pulsions subconscientes.

On retrouve cette part illusionnelle dans des phénomènes hallucinatoires qui se situent entre la perception normale et les hallucinations délirantes. Mais ici, l'intérêt se renverse et se porte, non sur la participation imaginative que personne ne nie, mais sur la perception sensorielle authentique que l'observation met en évidence. Nous voulons faire allusion aux expériences très minutieuses et très surprenantes de BINET et FÉRÉ sur le dédoublement et la déviation des hallucinations visuelles obtenues à l'aide du prisme, chez les hystériques en état d'hypnose (2). Cette réfraction réclame qu'il y ait un

(1) Si en fonction de cette conclusion et de la note 1 de la page 82, nous voulions rectifier la formule de Ball, il faudrait simplement affirmer la disproportion considérable entre la *chose*, l'objet matériel qui est infime, et l'*objet formel* perçu qui est luxuriant. Cet objet formel a une double origine et correspond à une double chose : chose de l'univers temporo-spatial qui en tant qu'objet apporte avant tout son extériorité ; choses de conscience, remaniées, travesties, symbolisées par des pulsions affectives ou instinctives, qui, en tant qu'objet, apportent surtout richesse, imagerie et signification au fait hallucinatoire. Ces deux objets (formels) *fusionnent* dans un esprit dont la vigueur est en défaut et se prêtent leurs caractères respectifs originaux. A travers cet objet complexe, le malade croit atteindre *une chose* à laquelle illégitimement il attribue à la fois extériorité et richesse, et qui, *en tant que telle, n'existe pas*.

(2) R. MOURGUE : *loc. cit.*, p. 300.

minimum de perception. Un travail récent de PÖTZL (1) sur des hallucinations hémianopsiques incite également à voir l'hallucination *s'accrocher* à un objet perçu indiscutablement par le sens, mais pratiquement inaperçu.

B. Pseudo-hallucinations

Les pseudo-hallucinations correspondent aux hallucinations psychiques que BAILLARGER décrit en élargissant l'extension du mot : hallucinations, et en y faisant ainsi rentrer tous les phénomènes xénopathiques. Répétons que, sémiologiquement, un examen attentif fait souvent rentrer dans ces cadres des phénomènes que le langage approximatif du malade pourrait faire prendre pour des hallucinations vraies. Généraliser une telle réduction serait abusif et contraire au témoignage des malades.

Les groupements de ces pseudo-hallucinations (hallucinations psychiques et hallucinations psychomotrices) réalisent les syndromes d'influence. C'est à SÉGLAS que revient le mérite d'avoir opposé, au délire de persécution à type psycho-sensoriel (hallucinations vraies), qui remanie l'image que se fait le malade du monde extérieur, le délire l'influence qui altère la conscience qu'a le malade de sa personnalité et surtout de sa spontanéité. Bien que la clinique les offre généralement intriquées, on peut distinguer, parmi ces pseudo-hallucinations, des phénomènes *imposés* et des phénomènes *parasites*. Les phénomènes *imposés* trahissent un sentiment d'emprise chez le malade. Celui-ci se sent penser, agir, parler, mais il a perdu le sentiment de prendre spontanément ces attitudes. Il se

(1) Engerth Hoff PÖTZL. — Patho-physiologie des hallucinations hémianopsiques. *Zeitsch. f. d. g. Neurol. de Psychia.*, t. 152, 1935, p. 399 à 421. Il s'agit d'une hallucinose dans un champ hémianopsique. La présentation d'un carton rouge dans le champ aveugle et halluciné, colore en rouge l'hallucination. Une observation ancienne de CAMUS : Hallucinations visuelles et Hémianopsie (*Encéphale*, 1911, I, p. 521) met en relief deux caractères fort importants. Il s'agit d'un malade présentant à droite une amaurose complète et à gauche une hémianopsie temporaire datant de 4 ans. Les manifestations hallucinosiques — au sens où nous l'entendons — paraissent « plates et peintes sur un plan ». Elles « partagent ce manque de relief avec les « perceptions ordinaires de cet homme, elles le tiennent de sa monophthalmie ». Par ailleurs, à l'inverse de toutes les observations publiées, elles occupent le champ hémipique (nasale gauche). L'auteur explique cette particularité par la cécité complète de cette hémianopsie ancienne, de 4 ans, cécité qu'un examen minutieux ne montre pas absolue quand il s'agit, comme c'est la règle, d'hémianopsie récente.

sent acteur, mais acteur contraint, forcé. On le fait parler, on le fait se souvenir, on lui fait comprendre, on lui fait éprouver tel sentiment... Les phénomènes *parasites* trahissent un sentiment d'automatisme. Le malade ne reconnaît plus comme sienne sa propre activité intellectuelle, affective. Il n'est plus acteur, mais spectateur de pensées, de représentations, de paroles qui ne lui appartiennent nullement et qu'il considère comme des étrangères dans son monde intérieur : « Ça pense, ça imagine... en moi. On parle de moi. » Tous ces phénomènes trouvent leur réalisation la plus complète dans les syndromes de possession érotique (spirite, divine, démoniaque).

Nous voudrions insister sur un caractère assez fréquent des pseudo-hallucinations : celui de se présenter souvent comme un phénomène *obsédant*. C'est un fait assez banal qui se retrouve aussi chez de nombreux délirants (revendicateurs, passionnels) : les sujets sont dominés par des sentiments, des idées qui polarisent complètement leur attitude. Mais on peut pousser plus loin le rapprochement entre les obsessions vraies et les pseudo-hallucinations (1).

L'obsession peut être définie par le sentiment qu'a un sujet d'être forcé à faire, à penser quelque chose d'absurde ou de mauvais. Pratiquement, l'obsession s'observe dans deux catégories de faits différents : ou bien le sujet se sent *violenté* dans sa volonté, dans sa propre spontanéité ; cette contrainte l'angoisse d'une façon parfois vertigineuse et il lutte contre elle, avec l'impression d'une certaine complicité ; ce ne sont jamais ces faits-là qu'on a tenté d'assimiler à des pseudo-hallucinations (2) ; ou bien le sujet assiste *passivement* à des phénomènes qui le gênent ; sans lutte véritable, il a l'impression que quelque chose d'étrange se passe en lui ; ce qui paraît primitif, ce n'est pas l'angoisse qui n'est pas constante, mais l'irruption dans la conscience d'une idée, d'une image, d'une velléité, importunes et gênantes. Ce sont ces faits-là, appelés obsessions passives par rapport aux précédentes obsessions actives, qui, par leur caractère de xénopathie, semblent être très proches des pseudo-hallucinations et paraissent même constituer la majorité de leurs symptô-

(1) CLAUDE et Henri Ey : Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions. *Ann. Méd.-Psych.*, oct. 1932, II, p. 273.

(2) Sauf peut-être quelques hallucinations psychomotrices.

mes. Mais le malade ne peut être tenu pour un délirant que s'il rattache, à une action extérieure, ce parasitisme intégré (parfois d'une façon obscure) à ses tendances profondes.

C. Hallucinoze

La définition classique de l'hallucinoze (1) ne correspond pas à celle que nous en avons donnée un peu plus haut. Ce mot désigne alors des états morbides avec hallucinations vraies, mais sans délire explicite ni systématisé, le malade paraissant se borner à constater et à enregistrer ses hallucinations. Cette hallucinoze est appelée également psychose hallucinatoire (2) et même psychose hallucinatoire chronique (3). Elle se caractérise par : des phénomènes hallucinatoires pouvant intéresser tous les sens, l'absence de phénomènes confusionnels et l'intégrité des associations automatiques, l'absence de toute interprétation délirante, l'absence de toute évolution démentielle. Cependant, s'il s'agit d'hallucinations vraies, il est impossible — par définition même — de nier le délire, et ces cas représentent une variété, rare sans doute, des délires hallucinatoires. Mais ci ces malades refusent de se laisser prendre à ces mirages hallucinatoires, ils ne délirent pas ; ils ne peuvent être rattachés aux délires hallucinatoires et se rangent, par là-même, à la définition nouvelle que CLAUDE, LHERMITTE, Van BOGAERT ont proposée. L'hallucinoze correspond à ce type de phénomènes que l'on décrit chez les sujets normaux. Le cas du libraire Nicolaï, de MARILLIER, sont les plus classiques. Le plus souvent, il s'agit d'affections neurologiques où des lésions circonscrites peuvent paraître imposer la notion d'un automatisme sensoriel. Il s'agit généralement de troubles dans le domaine cœnesthésique, auditif et surtout visuel. En réalité, il est délicat de parler d'hallucinoze cœnesthésique, car la notion même d'halluci-

(1) Le mot *hallucinoze* est dû à WERNICKE qui désignait ainsi des délires hallucinatoires aigus ou chroniques. C'est DUPRÉ et GELMA (*Encéphale*, 1911, I, p. 282) qui en restreignirent la signification.

(2) COTARD (Lucien) : Deux cas de Psychose hallucinatoire. *Ann. Méd.-Psych.*, 1909, p. 256. — CRINON : Un cas de Psychose hallucinatoire. *Société Clinique de Médecine mentale*, 1909, p. 115.

(3) DIDE et GASSIOT : La Psychose hallucinatoire chronique. *Encéphale*, 1910, II, p. 492.

nation cœnesthésique est très obscure et même discutable, du fait que l'excitant est interne, et son absence (ou sa présence) invérifiable. Les cas les plus caractéristiques dans ce domaine sont les illusions des amputés. Le malade n'est pas dupe. Le membre est éprouvé comme présent, mais non réel. Il ne peut donc s'agir que d'hallucinoïse. Les hallucinoïses auditives peuvent aller des simples bourdonnements mal différenciés à des mots nettement articulés, souvent en forme de ritournelles. Les coïncidences anatomiques sont assez déroutantes ; la localisation extra-temporale des tumeurs, l'hypertension intracranienne à variations parallèles (1) interdisent de n'envisager qu'une *simple* excitation des centres psychosensoriels. Les hallucinoïses visuelles sont de beaucoup les plus étudiées. Leurs caractères paraissent constants : ces phantasmes, qui apparaissent à un sujet lucide agacé ou amusé, sont généralement très colorés, très lumineux. Le mouvement est presque continu dans ces phantasmes qui grouillent, défilent en cortèges. Souvent les formes géométriques prédominent. D'autres fois, ce sont des physionomies mobiles, déformées, lilliputiennes, grotesques, à caractère excentrique très frappant, et, dans de nombreux cas, visiblement *informées* du psychisme de l'individu.

Le gros problème que posent ces illusions reconnues comme telles est de savoir si le passage de l'hallucinoïse à l'hallucination est possible, ou non. Il faut faire état des perturbations neurologiques où apparaissent d'authentiques hallucinations. Ces états sont toujours caractérisés par un manque de lucidité du sujet (auras épileptiques, crises psychoépileptiques rappelant l'endormissement avec hallucinations hypnagogiques, crises de l'uncus, dreamy state...). D'autre part, les cas observés où l'hallucinoïse se transforme en hallucination ne se font qu'à la faveur d'états hypnoïdes comitiaux, confusionnels ou démentiels, où ces éléments sensoriels sont utilisés (2). Nous sommes ramené, une fois de plus, à cette constatation que l'hallucination — conviction intime de percevoir un objet ne répondant à aucune réalité — exige un trouble important de l'activité psychique et perceptive.

(1) CLAUDE : Etat hallucinatoire avec exacerbation périodique symptomatique d'une hypertension intracranienne. *Société de Psychiatrie*, déc. 1913. *Encéphale*, 1914, p. 57.

(2) CLAUDE : Remarques sur les états dits hallucinatoires et leurs rapports avec le fond mental des sujets. *Progrès Médical*, 1935, I, p. 954.

III. Les conceptions des hallucinations

Nous nous sommes efforcé, jusqu'à présent, de rester sur un strict plan clinique sans engager une quelconque théorie, non peut-être sans la laisser soupçonner. Avant d'aborder la conception dynamique dont l'exposé est proprement la raison d'être de ce chapitre, nous voudrions, en quelques mots, la situer par rapport à deux autres ensembles de conceptions.

A. Conceptions mécanistes

La théorie de CLÉRAMBAULT en donne le type le plus achevé. Cette théorie est tout entière incluse dans l'affirmation de BAILLARGER : l'*hallucination*, dit-il, *n'est pas une erreur, c'est une sensation*. L'hallucination a donc, par rapport au délire qu'il crée, une antériorité logique et chronologique. L'hallucination étant produite par de fines lésions histologiques, les psychoses hallucinatoires rentrent dans la neurologie.

Il ne s'agit nullement de se tailler un facile morceau de bravoure dans la critique de l'automatisme mental. La partie est, depuis longtemps, engagée, et même, à notre sens, jouée. Ces quelques faits de clinique courante, qui paraissent inconciliables avec une théorie outrancièrement mécaniste, ne veulent que souligner certaines difficultés.

Le caractère de neutralité du commentaire des actes, de l'écho et du devinement de la pensée n'est pas évident. Au point même que JANET et SCHRÖDER en font aussi le pivot de leurs théories, mais en les considérant comme gonflés d'instances affectives. D'autre part, l'anidéisme des premiers phantasmes hallucinatoires n'est peut-être qu'apparent. Il faudrait pouvoir affirmer chez ces éléments l'absence de détermination latentes (1). Quant à l'antériorité chronologique de l'hallucination sur toute autre manifestation du délire, il faut admettre

(1) Cf. Plusieurs observations où Hesnard met en relief les complexes latents qui règlent des contenus apparemment anidéiques in *Evolution Psychiatrique*, ancienne série, tome II, pp. 52-53. Cité par R. DALBIEZ (*Méthode Psychanalytique et Doctrine Freudienne*, Desclée, 1936, I, p. 534) qui fait de l'automatisme mental une des plus récentes et des plus pénétrantes critiques.

que c'est l'extrême rareté. La phase d'inquiétude, de méditation, de rumination qui précède l'éclosion hallucinatoire a été observée par tous les auteurs chez la très grande majorité des malades. Et quand on voit éclater brusquement un état hallucinatoire, on est frappé de le voir accompagné de toute une série de troubles de conscience, de l'humeur, du comportement. Il faut reconnaître cependant qu'un petit noyau de malades, très réduit, paraît répondre à la description typique de CLÉRAMBAULT. Outre qu'il serait hasardeux de donner une explication de tous les délires à partir de quelques cas isolés, cette constatation clinique ne postule pas nécessairement une explication mécaniste. Ces cas rappellent ceux décrits par DUPRÉ, BALLET, sous le nom d'hallucinoïse. L'évolution fréquente de ces cas vers un syndrome d'hébéphrénie délirante (1) semblerait indiquer qu'il s'agit déjà là d'un début de dissociation.

Enfin, si cette pensée hallucinatoire était créée par une lésion cérébrale, on comprend mal tous ses caractères paradoxaux. Variabilité, d'un jour à un autre, d'un instant à l'autre : « La preuve que je ne suis pas malade, dit une « hallucinée, c'est que je n'entends plus rien depuis que j'ai « quitté ma maison. » Identité dans une conversation du malade avec son hallucination psychomotrice verbale, entre la voix reconnue comme personnelle et la voix qualifiée d'hallucinatoire ; identité de timbre, de syntaxe, d'accent. Conformité de la voix hallucinatoire avec les tendances, les préoccupations, les connaissances de la malade ; le comble est réalisé quand la voix rectifie (avec entière raison !) ce que la malade pense : une malade qui revoit un médecin N... qu'elle n'a pas vu depuis deux ans : « Je croyais que vous vous « appeliez Lapar... ; mais mon fils vient de me faire dire que « vous vous appeliez N... » (exact).

Disons enfin que des états hautement hallucinatoires, comme le rêve ou l'onirisme, deviennent absolument inexplicables avec une théorie mécaniste, même mitigée comme celle de GUIRAUD qui réclame, si faible soit-il, un excitant cortical.

(1) ROGUES DE FURSAC : *Manuel de Psychiatrie*, p. 51.

B. Conceptions noëtiques

A l'opposé de ces conceptions, se situent celles qui nient le fait hallucinatoire, et, dans une méfiance absolue des dires du malade, le rattache à des phénomènes nettement spéculatifs, comme l'interprétation. MASSELON (1) souligne déjà combien était artificiel ce fossé que la notion de psychose hallucinatoire chronique créait entre hallucination et interprétation. Mais c'est BLONDEL (2) qui propose, avec plus de rigueur, cette réduction qui dissout totalement l'originalité du fait hallucinatoire.

BLONDEL, s'appuyant, pour les dépasser, sur les travaux de BINET et de l'école de WURTZBOURG à propos de la pensée sans image, va jusqu'à considérer l'image mentale normale comme une pensée, beaucoup plus qu'un produit de sensation. Cette opération psychologique se passe presque exclusivement sur le plan représentatif. « Nous ne voyons et n'entendons » que parce que nous comprenons. — « Le sensoriel n'est pas le signe unique du réel, et la sensation, même dans le domaine sensible, joue le rôle d'un simple déclic qui met en branle toute une série de conceptions mentales préétablies. » (3). Toute notre personnalité, tous nos schèmes mentaux antérieurs prennent le pas sur les données des sens. L'hallucination ressortit aussi à cette activité pré-perceptive. La soi-disante sensorialité n'est que trompe-l'œil, et à travers l'affirmation du malade, il faut savoir en reconstituer le caractère spéculatif. L'hallucination n'est plus qu'une forme extrême de l'interprétation.

Nous retrouvons ici ce que nous avons déjà exposé sur la difficulté de démêler avec exactitude la part interprétative et la part *sensorielle* dans l'erreur de l'halluciné. Devant ces récits qui débordent de beaucoup l'appréhension même erronée du monde extérieur, nous demeurons

(1) MASSELON : Les Hallucinations. *Journal de Psychologie*, 1912, p. 501. *Encéphale*, 1912, I, p. 133.

(2) Cf. BLONDEL : Paranoïa et Hallucinations (*Encéphale*, mai 1910, I, p. 612). La conscience morbide. Alcan, 1914. — Dans une revue générale (*Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie*, 1929, II, p. 662), Vermeylen fait, des idées de Blondel, un exposé très clair et très documenté (à propos de 4 leçons de Blondel sur les Hallucinations, à l'Institut des Hautes Etudes de Belgique pendant l'année 1928-1929).

(3) VERMEYLEN : *loc. cit.*, p. 668.

d'accord qu' « à la base, se trouve le plus souvent, moins « une perception sans objet, qu'une illusion des sens, souvent « vague, imprécise, sorte de grisaille sensorielle que le sujet « va revêtir du manteau plus ou moins ample de ses préoccupations délirantes. » (1). Mais il nous paraît difficile de rejeter totalement l'originalité phénoménologique des faits hallucinatoires, en particulier dans ces tableaux dramatiques du rêve, des délires toxiques, de l'onirisme. On ne réduit pas deux espèces l'une à l'autre parce qu'elles ressortissent à un même genre. On ne doit pas confondre l'hallucination et l'interprétation sous prétexte qu'elles sont riches d'une même charge affective délirante.

C. Conception dynamique de l'hallucination considérée comme une dissolution fonctionnelle

L'examen des faits hallucinatoires nous a amené à sérier un triple faisceau de faits : 1° des hallucinations qui exigent un trouble profond de la conscience et de la pensée, et qui offrent au malade un monde extérieur déformé (hallucinations vraies) ; 2° des hallucinations qui exigent une série de sentiments pathologiques (influence, emprise, possession) et qui donnent au malade l'impression subjective d'une modification profonde de son unité, de sa spontanéité psychomotrices (pseudo-hallucinations) ; 3° des hallucinations n'entraînant qu'une illusion reconnue comme telle par le sujet, et n'ayant aucun retentissement ni sur sa conduite, ni sur ses croyances (hallucinoses).

De plus, les syndromes cliniques observés permettent de noter, dans tous ces faits, une certaine hiérarchie (2).

1° Des illusions où l'esthésie est maximale et le délire inexistant. Ce sont les hallucinoses avec leur absence de répercussion sur la personnalité.

(1) VERMEYLEN : *loc. cit.*, p. 671.

(2) Cet exposé va réaliser au maximum l'aspect dogmatique dont nous nous sommes excusé dans l'avant-propos. Délibérément, nous ne faisons pas œuvre critique et ne cherchons pas à justifier un par un les linéaments d'une théorie. Nous voulons surtout mettre en relief la cohérence d'un ensemble, et non défendre chaque position particulière.

2° Des états hallucinatoires, où l'on trouve :

— des états *oniriques* avec un bouleversement complet de la réalité objective ;

— des états *dysesthésiques* où les phénomènes d'étrangeté du monde intérieur sont au maximum : imagerie mentale vive et incoercible, mentisme, imagination colorée, inspiration, étrangeté des propres pensées, du langage ;

— des états *oniroïdes d'action extérieure*, où le malade, dans sa conscience demi-obscurcie, garde un sentiment foncier d'influence, d'artifice, devant des constructions tumultueuses et très scéniques.

En dehors de ces états, qui ont une allure très active (nous dirions presque paroxystique s'il ne pouvaient être parfois considérés comme chroniques, dans des démences paranoïdes), il existe « des *attitudes d'objectivation* chez des malades lucides ne présentant aucun autre trouble que le délire hallucinatoire (1). » La pensée délirante persiste seulement sous forme d'un ensemble de croyances erronées. Et cette attitude hallucinatoire objectivante paraît avoir comme caractère de justifier, de disculper le contenu délirant absurde, seul reliquat des *expériences* génératrices du délire.

3° Enfin, certains états *obsessionnels* réalisent des syndromes de parasitisme psychique, qui les apparentent de très près aux pseudo-hallucinations.

Pour intégrer ces troubles hallucinatoires dans un ensemble cohérent et constructif, il faut les considérer comme s'insérant au point de rencontre de plusieurs grandes lignes psychopathologiques, riches à la fois de constatations cliniques et d'hypothèses. C'est l'exposé analytique de ces grandes lignes qui nous amènera, par approximations progressives, à une conception d'ensemble du trouble hallucinatoire.

I. Nature illusionnelle de l'hallucination

Nous avons déjà insisté sur cette notion. L'hallucination a son caractère phénoménologique irréductible d'apparaître soit comme sensorielle, perceptive, soit comme xénopathique ; mais pathogéniquement, il paraît impossible d'affirmer qu'elle n'a

(1) Henri Ey : La discussion de 1855. *Ann. Méd.-Psych.*, 1935, I, p. 610.

pas une composante illusionnelle. Illusions qui ne paraissent toucher qu'à une fonction sensorielle dans les cas d'hallucinoses. Illusions de toute l'activité perceptive *créatrice de formes* dans les hallucinations vraies et les pseudo-hallucinations, où l'esprit travaille à un niveau inférieur, où une affectivité bouleversée remanie les valeurs de réalité au sein desquelles s'exercent normalement nos activités psychiques.

II. Apparition des hallucinations.

Syndrome d'action extérieure (CLAUDE)

Cette notion veut qualifier un ensemble clinique qui peut être considéré sous deux aspects un peu différents (1). On peut y voir la description d'un type de délire d'influence à forte charge affective. Nous l'étudierons plus loin (2). Mais il faut surtout voir, dans l'isolement de ce syndrome, une tentative d'unifier diverses activités hallucinatoires, au moment de leur éclosion polymorphe. CLAUDE a voulu ainsi caractériser leur aspect d'être, après une phase de rumination mentale, le résultat d'attribution du caractère d'objectivité à l'activité psychique, et non le résultat de véritables phénomènes mécaniquement produits. L'hallucination n'apparaît pas comme la première manifestation morbide du délirant. Nulle part, elle ne s'impose comme un déclenchement simple, neutre, élémentaire, s'imposant à la conscience, pour ainsi dire, *du dehors*. Au contraire, l'hallucination se présente comme un phénomène particulièrement complexe où se trouve impliquée toute une attitude globale à détermination affective manifeste, où des interprétations multiples, un langage métaphorique approximatif, font renoncer à parler d'hallucinations *vraies* au sens où nous l'entendons (3).

Ce syndrome se développe « sous l'influence d'un double « mécanisme, soit à base d'hypérendophasie et de rumination « mentale, soit à la faveur de la persistance ou du réveil de

(1) Henri Ey : Quelques aspects généraux du Problème des Hallucinations. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXII, 2, p. 269.

(2) Cf. *Infra*, p. 129.

(3) CLAUDE : Mécanisme des Hallucinations. Syndrome d'action extérieure. *Encéphale*, 1930, I, 345. DIDE et GUIRAUD décrivent, sous le nom de *cénesthopathie initiale*, un tableau très analogue d'inquiétude, d'hypothèses méfiantes, de réactions défensives. *Psychiatrie du praticien*, Masson, 2^e édition, p. 190.

« souvenirs oniriques plus ou moins conscients (1). » On peut retrouver, en effet, surtout chez « des sujets débiles ou à « tendances paranoïaques, un passé chargé de chocs affectifs, « de complexes refoulés, des illusions qui ont porté ces mala- « des à se complaire dans des ruminations mentales prolon- « gées, des extériorisations même du langage intérieur hyper- « actif (hyperendophasie de SÉGLAS). La psychose hallucina- « toire sur un terrain ainsi préparé apparaîtra à la faveur de « deux éléments nouveaux en dehors de la disposition hérédi- « taire : soit un choc affectif, une émotion, un chagrin, soit « un trouble de la santé générale ayant particulièrement une « action sur les centres nerveux (2). » D'autre part, il peut s'agir d'états crépusculaires, révélant et organisant une activité onirique imaginative et affective : soit des *états confusionnels* souvent légers qui amènent un fléchissement de la critique, soit des *cauchemars*, c'est-à-dire des états oniriques liés à un sommeil anxieux. Nous rejoignons ici la notion de *moments féconds* (3), si importante dans la genèse et le développement des délires. Le rôle des facteurs biologiques y apparaît considérable (sommeil, anxiété, confusion), mais limité. Le délire qui s'édifie sur ces expériences vécues, et vécues intégralement par le malade, s'ancre profondément dans la personnalité psychologique du sujet et en dépend directement.

III. Germes morbides latents dans l'activité psychique normale

Nous avons vu, d'autre part, que, dans l'acte perceptif normal, il n'y a pas d'acte sensoriel pur : il y a l'appréhension du sens, celle qu'ARISTOTE considérerait infaillible comme telle ; il y a aussi création d'une *forme* autour de ce texte sensoriel, en fonction du souvenir et des désirs. Mais cette distinction est un procédé d'exposition : appréhension et création, acte purement sensoriel et forme sont étroitement enchaînés dans un acte psychologiquement indivisible. C'est cette *forme*, création subjective, qui est le ferment de l'erreur. C'est la fissure où se glissera ce qui est faussement appelé *l'illusion du*

(1) CLAUDE : *loc. cit.*, p. 348.

(2) CLAUDE : *loc. cit.*, p. 348.

(3) Cf. *infra*, p. 143.

sens. C'est par là que l'hallucination est latente dans notre propre activité psychique. Et c'est inscrite dans cette perspective que l'hallucination, phénomène d'illusion morbide, n'est pas une erreur de l'appareil sensoriel (encore qu'une défaillance sensorielle puisse servir d'aliment à l'activité hallucinatoire), mais une *erreur d'assignation, dans l'échelle des réalités, du contenu de conscience projeté*. Cette croyance erronée jaillit d'une affectivité en désarroi qui modèle à son image la pseudo-réalité hallucinatoire. Cette pseudo-réalité est « un véritable rejeton du monde de l'instinct (FREUD) ou « mieux — croyons-nous — l'expression (symbolique, déguisée) d'un besoin impuissant à se satisfaire » (1).

De même, il est difficile d'affirmer que le sentiment d'influence ou d'automatisme soit une pure création morbide. « Le « phénomène d'irruption est un phénomène normal de l'esprit (2). » — « Il y a, dans toute pensée normale, plus qu'il ne faut d'irruptions idéiques forcées — disons de folies ! — pour qu'il soit inutile dans la théorie des faits psychiatriques de chercher une explication « mécanistique » de ces « irruptions (3). » Nous portons en nous, à l'état normal, le germe de ces phénomènes d'inspirations, d'intuitions qui envahissent notre conscience dès que la pensée directrice relâche un peu sa vigueur.

« Il y a un antagonisme entre le moi qui commande, agit, réfléchit, s'adapte, et les parties de nous-même qui tendent à marcher toutes seules, à violenter notre *volonté*. Autrement dit, nous avons un inconscient qui s'oppose par inertie (habitudes motrices, activité associative), ou par sollicitations plus ou moins vives de l'affirmation de soi (sphère instinctive et tendances affectives), à notre activité réfléchie, consciente et personnelle (4). » Ce n'est donc pas l'automatisme qui est pathologique, mais la signification que lui attribue le sujet.

« Ce n'est donc pas dans le mode d'irruption et de déclenchement qu'est la pathologie qu'il faudra expliquer, c'est *dans l'intégration de ces phénomènes à des cycles de*

(1) Henri EY : *Hallucinations et délire*, p. 91.

(2) JANET : *La force et la faiblesse psychologique*, p. 240.

(3) Henri EY : *loc. cit.*, pp. 77-78.

(4) Henri EY : *loc. cit.*, p. 94.

« *comportement*, de croyances, de sentiments plus complexes
« et généraux (1). » Le langage intérieur, avec sa résonance
spéciale, sa dualité oratoire qui nous fait parler à nous-même
à la 2^e personne, réclame lui aussi une vigilance psychique
pour maintenir, dans l'unité du Moi, ces doubles propos. Une
simple distraction fait parfois sentir brusquement tout ce que
ce dialogue intérieur peut comporter d'étrange — presque
d'étranger ! La liaison paraît alors facile avec l'halluciné
qui renie sa propre pensée, sa propre parole et l'attribue à
son *socius*, devenu l'étranger et même l'ennemi. « Les actes
« du langage sont en eux-mêmes corrects, mais seulement
« dévalorisés ou mal valorisés par un trouble plus général
« qui est le délire (2). » D'autres attitudes pathologiques, du
reste, sont données aussi dans l'activité psychique, l'obsession
par exemple. Il y a toujours place pour une hésitation moti-
vée quand il faut apprécier la propreté d'un objet. C'est dans
ce hiatus entre la réalité et la certitude que s'engouffrent des
doutes perpétuels, inhibiteurs d'action. L'esprit sain ne nie
pas ces *hiatus*. Mais, entraîné par un certain optimisme que
la vie courante réclame par commodité, par économie, il admet
le risque de le négliger. « Et c'est au prix de cette hardiesse
« que nous finissons par faire des actions correctes et même
« des actions morales (3). »

IV. Rapports entre le rêve et les états psychopathiques hallucinatoires

Au point de départ, nous ne pouvons considérer le rêve
dans une perspective atomistique de sommation incohérente
d'images, mais bien comme toute une série de formes plus ou
moins dégradées de l'activité psychique. D'autre part, si
l'hallucination n'est pas considérée comme un phénomène
isolé, mais comme un *état hallucinatoire*, les analogies s'avè-
rent nombreuses entre ces deux activités onirique et hallu-
cinatoire, où l'on retrouve même substitution de l'image aux
idées abstraites, même caractère approximatif, fragmentaire,
symbolique des contenus de conscience, même absence de

(1) Henri Ey : *loc. cit.*, p. 78.

(2) Henri Ey : *loc. cit.*, p. 177.

(3) CLAUDE et Henri Ey : *Hallucinations, pseudo-hallucinations et obses-
sions*, p. 287.

réflexion critique qui ramène toutes les croyances au stade *asséritif*. Les états confusionnels autorisent les comparaisons les plus étroites. En marge des états crépusculaires, les *états hypnoïdes* de BREUER et FREUD, les *Traumerei* des Allemands constituent le groupe très important des *états oniroïdes*. Le malade n'est pas confus, mais véritablement distrait, troublé par un état affectif, pénible, qui se projette dans de multiples hallucinations. Cette extension à la notion d'onirisme jusqu'à des formes les plus dégradées aboutit ainsi à la description de toute une série d'états que méconnaît la sémiologie classique. Au lieu de phénomènes isolés de leur contexte par une psychologie mécaniste, « l'observation attentive révèle des tranches d'activité psychique dont les hallucinations, les idées délirantes, les obsessions..., ne sont que des aspects (1). »

Ces états oniriques et oniroïdes ne sont pas permanents, et il n'y a pas lieu de réduire à ces états toutes les hallucinations les plus *froides*, les plus *lucides* des délires chroniques (2). Mais ce qu'il est très important de noter, c'est le rôle de ces états oniriques, oniroïdes, dans la genèse des délires. De telles *expériences* peuvent remanier, plus ou moins profondément, les croyances délirantes et servir de bases aux *idées fixes*, aux délires post-oniriques. Ces *états crépusculaires épisodiques* [KLEIST (3)], de même que certaines expériences nocturnes, peuvent passer inaperçus au moment même, mais ils ne doivent pas être pris pour de faux souvenirs : ils témoignent de *moments féconds* du délire et jouent un rôle considérable dans l'établissement et la progression de l'état délirant.

*
**

Ces différents ordres de considérations — pathogénie largement illusionnelle de l'hallucination, syndrome d'action extérieure, préformation latente dans le psychisme normal de certaines attitudes psycho-pathologiques, rapports du rêve et des délires hallucinatoires — amènent, petit à petit, à pres-

(1) Henri Ex : Brèves remarques historiques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve et les états intermédiaires au sommeil et à la veille. *Ann. Méd.-Psych.*, 1934, II, p. 108.

(2) Cf. *infra*, p. 145.

(3) K. KLEIST : *Episodische Dämmerzustände*. Leipzig, 1926.

sentir dans le trouble hallucinatoire un *phénomène négatif*. Nous voulons dire par là que l'hallucination n'apparaît plus produite directement, pour elle-même. Elle paraît s'intégrer dans un comportement plus global, et c'est à la faveur d'un manque de vigilance, d'une perte de contrôle (phénomène négatif), que l'hallucination jaillit, seule activité alors possible, qui trahit le trouble supérieur qui la libère, et toutes les instances affectives qui la gonflent et la pressent. Il faut reconnaître que cette conception du trouble hallucinatoire — si on veut la pousser un peu — déborde de beaucoup le trouble hallucinatoire lui-même. Celui-ci vient alors s'intégrer dans une conception d'ensemble des troubles neuro-psychiatriques, conception *dynamique* défendue à la Clinique depuis de nombreuses années et qui vient prolonger les vues, déjà anciennes, de JACKSON. Il nous paraît nécessaire d'abandonner un instant l'hallucination dans sa phénoménologie propre et d'exposer (1) ces complexes organisations psychopathologiques, d'où elle tire l'origine.

V. Jackson et les dissolutions fonctionnelles

Une théorie dynamique des troubles mentaux repose sur deux principes essentiels : « Les états psychopathiques représentés sentent une vaste échelle de dégradation de l'activité psychique ; le trouble mental suppose une organisation active du niveau auquel il correspond » (2). En regard, il faut affirmer qu'il ne saurait y avoir de trouble psychopathique sans un accident survenant à ce que JACKSON appelle *la base physique de la conscience*. Mais cette affirmation organiciste — à laquelle, du reste, nous ne voyons pas qui refuse actuellement de souscrire — n'entraîne nullement comme corollaire nécessaire, ni que la lésion organique soit la cause

(1) Henri Ey et J. ROUART : Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie. *Encéphale*, mai-juin-juillet-août 1936.

Cet essai donne la traduction inédite de deux passages des *Œuvres choisies* de JACKSON, récemment édités en anglais (Selected Writings of John Hughlings Jackson, edited by James Taylor. Hodder and Stoughton, London, 1932) : celui qui traite des *Facteurs des Folies* (S.W., II, p. 411) ; un autre traitant des *illusions* (S.W., II, p. 23). L'essentiel des idées de Jackson avait été exposé dans les *Croonian Lectures* de 1884. (Traduction française Pariss in *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1922-1923).

(2) Ey et ROUART : *loc. cit.*, 315, note 1.

totale du trouble psychique, ni même que cette lésion soit toujours uniquement et primitivement cérébrale (1).

Les vues jacksoniennes peuvent se grouper en trois principes fondamentaux : l'exercice normal du psychisme suppose une évolution hiérarchisée des fonctions — le trouble psychopathique correspond à un processus inverse, à une dissolution de fonctions — le trouble psychopathique se manifeste toujours par deux séries de symptômes : négatifs et positifs.

« Négligeant la distinction absolue qui existe en vérité « entre les états mentaux et les états nerveux » (2), il faut considérer l'évolution comme étant un passage, un développement ascendant des centres inférieurs les mieux organisés aux centres supérieurs les moins bien organisés — comme un passage des centres les plus simples aux centres les plus complexes — comme un passage des centres les plus automatisés aux centres les plus volontaires. « La triple conclusion à laquelle nous arrivons est que les centres les plus élevés « qui représentent la cime de l'évolution nerveuse et qui « constituent l'*origine de l'esprit* ou la base physique de la « conscience, sont les moins organisés, les plus complexes, les « plus volontaires (3). » JACKSON fait allusion ailleurs (3^e Croonian Lecture) à une certaine *évolution interne*. Il faut entendre par là la notion d'une certaine activité automatique non contrôlée. La hiérarchie des fonctions ne peut se concevoir sans un équilibre entre la tendance pressante des instances inférieures à entrer en activité, et l'action inhibitrice des

(1) Nous croyons cependant qu'une stricte logique devrait aller plus loin. La symptomatologie d'un trouble morbide psychique est nécessairement double : psychologique et somatique. Toutes les *distinctions* (légitimes) que l'on fera dans ce domaine n'empêchent nullement que dans l'observation de l'homme sain et du malade, on n'observe jamais de faits psychologiquement *séparés* de tout concomitant physiologique. L'homme n'est pas un pur esprit. Mais il ne faut pas confondre symptomatologie et étiologie. Et un fait double « psycho-sensoriel » (comme la lecture d'une notice nécrologique) peut n'être le facteur étiologique d'un autre fait psycho-somatique (la douleur morale avec tachycardie, oppression et larmes) que par sa composante psychologique (compréhension d'un décès). Des traumas affectifs seuls peuvent-ils suffire à causer une maladie mentale ? En fait, aucune observation ne semble encore pouvoir le prouver péremptoirement. En théorie, l'étiologie purement psychogénétique d'une psychose demeure une *notion-limite* qui n'est ni contradictoire en soi, ni démentie totalement par les faits. Il faudrait en effet pouvoir affirmer — expérimentalement — qu'il est impossible à un événement affectif, quelle que soit sa précocité, sa répétition et son intensité, de retentir sur l'activité psychique d'un sujet au point d'y provoquer un état morbide.

(2) JACKSON : 1^o Croonian Lecture, cité in Henri Ey et ROUART : *loc. cit.*, p. 319, note 4.

(3) JACKSON : *loc. cit.*

instances supérieures (1). D'autre part, il est impossible de n'avoir qu'une représentation statique de l'activité psychique : elle rayonne, mais en la débordant, de la hiérarchie des fonctions nerveuses. Il y a une hiérarchie des fonctions psychiques (inconscient instinctivo-affectif, fonction du réel), qui est une organisation individuelle, particulière, concrète, où s'inscrivent tous nos événements biographiques et constitue la base même de notre propre personnalité.

La dissolution est le processus inverse qui ramène vers le plus organisé, le plus simple, le plus automatisé. « Dans la dissolution générale, le système nerveux tout entier est sous les mêmes influences nocives, l'évolution du système nerveux entier est réduite, mais les différents centres ne sont pas également affectés. Un agent nocif, par exemple l'alcool, est introduit dans le système entre toutes ses parties, mais les centres supérieurs étant moins organisés se rendent les premiers et le plus entièrement ; les centres moyens, étant mieux organisés, résistent plus longtemps. Si les centres les plus bas, ceux réglant la circulation et la respiration, ne résistaient pas plus que ne le font les plus élevés, la mort par l'alcool serait bien commune (2). » Mais à côté de ces dissolutions *uniformes* qui touchent l'ensemble de l'activité psychique, il y a des dissolutions *locales* qui ne portent que sur des fonctions nettement isolables par l'analyse clinique ou l'observation physiologique. Tels sont la marche, l'équilibre, l'expression verbale, les perceptions sensorielles, qui sont rattachables à l'intégrité de certaines formations cérébrales, ou nerveuses. Le propre de ces troubles (chorée, athétose, aphasie) est « de se présenter comme isolés par rapport aux troubles de l'activité psychique » (3), malgré la cristallisation psychique qu'ils peuvent entraîner. Car il est évident que l'activité psychique, en continue adaptation, réagira à ces troubles comme devant tout événement du monde extérieur. Comme autres caractères, il faut signaler : leur existence constante avec des troubles neurologiques, tout en ayant eux-mêmes une valeur de localisa-

(1) Henri Ey et ROUART : *loc. cit.*, p. 334, note 12.

(2) Henri Ey et ROUART : *loc. cit.*, p. 110.

(3) Henri Ey et ROUART : *loc. cit.*, p. 110.

tion incontestable pour le diagnostic neurologique (1) ; le sentiment d'entrave mécanique de perte d'un instrument ; l'impression subjective de maladie qu'ils donnent aux sujets [encore qu'il faille faire quelques réserves pour les troubles anosognosiques (2)]. On en arrive à la notion que « dans la « pathologie neuro-somatique, il y a des dissolutions fonctionnelles locales qui sont l'objet propre de la neurologie, « et des dissolutions fonctionnelles uniformes qui sont l'objet « de la psychiatrie (3). »

Le troisième principe jacksonien est la distinction entre les symptômes *négatifs* et les symptômes *positifs*. « On dit que « la maladie est cause du symptôme de folie. Je soutiens que « la maladie ne produit que des symptômes mentaux négatifs, répondant à la dissolution, et que tous les symptômes « mentaux positifs complexes (illusions, hallucinations, délirés, conduite extravagante) sont le résultat de l'activité « d'éléments nerveux non affectés par le processus pathologique, qu'ils se manifestent pendant l'activité du niveau inférieur de l'évolution qui persiste... Les illusions du malade, « ses hallucinations, etc... ne sont pas causées par la maladie, « mais sont le résultat de l'activité de ce qui reste de lui (de « ce que la maladie a épargné), de tout ce qui existe encore « de lui ; ses illusions, etc... sont son esprit (4). » Une lésion cérébrale ne peut rien produire de positif (5) : directement, elle

(1) Il ne faut pas en inférer une identité entre une dissolution locale (qui est avant tout une dissolution de fonction) et une lésion localisée (qui peut parfois engendrer une dissolution uniforme, telle une tumeur cérébrale).

(2) Henri EY et ROUART : *loc. cit.*, p. 111.

(3) Henri EY et ROUART : *loc. cit.*, 119. Mais il va sans dire qu'il serait « aussi absurde de distribuer les malades d'un asile d'après le principe « de dissolution qu'il le serait d'organiser les plantations d'un potager « d'après le système naturel des botanistes ». JACKSON, traduit in Henri EY et ROUART : *loc. cit.*, p. 316-317. Dans sa 1^{re} Croonian Lecture, Jackson utilise aussi cette comparaison distinguant les points de vue du jardinier-médecin qui envisage les divers états psychopathiques sous leur facteur étiologique, ne veut considérer que structure et pathogénie, et la façon dont ces états s'apparentent ou se différencient. Le jardinier peut se dispenser d'être botaniste, mais la réciprocité n'est pas valable et le psychiatre doit nécessairement être médecin. (Cf. Henri EY et ROUART : *loc. cit.*, 317, note 1).

(4) JACKSON, in Henri EY et ROUART, p. 321-322, note 4.

(5) Cette répugnance de Jackson à admettre qu'une lésion produise directement, totalement un symptôme psychique, crée une forme quelconque de pensée, si dégradée soit-elle, est du même ordre que la faveur avec laquelle Clérambault admet qu'une fine lésion histologique engendre directement une hallucination élémentaire (écho de la pensée, ritournelle...), indépendamment du psychisme du sujet. Il faut bien affirmer qu'il ne s'agit nullement là de postulats scientifiques mais de *positions*

provoque un déficit capacitaire (signe négatif) ; indirectement, elle libère les activités sous-jacentes (signe positif) et, à ce niveau, la personnalité décapitée pèse de tout son poids sur la structure des troubles. On pourrait donc proprement parler d'une double dissolution : le processus diminue l'activité psychique en réduisant les capacités fonctionnelles nerveuses qui assurent l'exercice intégral de la pensée (symptomatologie négative) ; d'autre part, le processus déforme la personnalité en la réduisant à un mode de réaction global inférieur (symptomatologie positive) (1).

La symptomatologie, qui, cliniquement, est une, résulte à la fois et de la lésion et du fonctionnement persistant. « Le trouble pathologique séparé de l'activité normale dans sa valeur reste en continuité avec elle dans sa nature (2). » De la lésion dont il dépend, ce trouble pathologique reste distant de tout un *écart organo-clinique* (Henri Ey), justement comblé par les réactions de la personnalité.

Si la structure du niveau de dissolution représente une régression, l'observation montre que jamais cette régression ne représente une phase exactement produite de l'évolution. Car l'involution de la personnalité « porte également la marque de la régression capacitaire (3), et de plus, en tant que mode réactionnel de la personnalité au moment actuel, elle ne peut, même amputée de ses instances supérieures, revenir à un mode réactionnel passé. C'est ce qui explique que, pour tant d'analogies que l'on trouve entre le délire et la mentalité de l'enfant ou la mentalité primitive, on ne peut pas conclure qu'il y ait identité (4). »

*
**

métaphysiques. L'observation scientifique ne pourra que vérifier si l'expérience clinique concorde ou non avec les déductions tirées, à plus ou moins juste titre, de ces deux postulats. Mais le plan où ils sont posés dépasse totalement le plan scientifique. Etudiant les troubles psychiques, par le sujet même de ses travaux, le psychiatre est amené à prendre — implicitement ou explicitement — une position sur les rapports entre la matière et l'esprit. *Quelle que soit la solution qu'il adopte, il fait œuvre de métaphysicien.* Il est bon qu'il s'en rende compte : d'une part, il est toujours préférable pour lui de connaître le plan où il est pour ne pas s'y servir d'arguments d'un autre ordre ; d'autre part, il est souhaitable que sa position soit cohérente avec une autre position — également métaphysique — qu'il prendra *nécessairement* lorsqu'il parlera de responsabilité, donc de liberté.

(1) Henri Ey et ROUART : *loc. cit.*, p. 330, note 10.

(2) Henri Ey et ROUART : *loc. cit.*, p. 31.

(3) Pour si minime qu'elle puisse paraître ; cf. *infra*, p. 114.

(4) Henri Ey et ROUART : *loc. cit.*, p. 327, note 8.

Vue dans cette perspective jacksonienne l'hallucinosse se présente comme une *dissolution locale*. Les hallucinations et les pseudo-hallucinations se présentent, au contraire, comme faisant partie d'un tout. Ce tout est l'organisation de l'activité psychique au niveau de *dissolution uniforme* structurale de la psychose.

Les hallucinations vraies expriment un trouble dans la relation du Moi avec l'extérieur. Leurs caractères propres ne doivent pas être cherchés au niveau de leur sensorialité : l'analyse clinique nous en montre la fréquente fragilité, et les cas d'hallucinoses montrent l'impuissance de la *matière sensorielle brute* à créer le délire. L'hallucination révèle surtout la sensorialité qui est liée inéluctablement à l'exercice de la mémoire, de l'imagination, du langage intérieur.

Les pseudo-hallucinations expriment un trouble du Moi, dans la conscience de son unité et de sa spontanéité. Elles témoignent de deux sentiments fondamentaux : sentiment d'influence et sentiment d'automatisme dont la condition pathogénique n'est pas l'apparition des symptômes eux-mêmes (voix intérieures, mouvements...), mais « la dissolution des « fonctions, qui agit en particulier par libération d'une pensée symbolique et affective..., et les affects qui tendent à « l'objectivation intentionnelle (1). »

Mais ni la pseudo-sensorialité, ni le caractère xénopathique ne peuvent caractériser, d'une façon univoque, le trouble hallucinatoire. « Une seule notion peut rendre à l'activité « hallucinatoire son unité rompue artificiellement, c'est de la « considérer comme une activité illusionnelle qui appréhende « les événements extérieurs et intérieurs et les déforme... « Elle est solidaire de divers niveaux de dissolution, et elle « s'exprime, en fait, non par des symptômes arbitrairement « et un peu casuistiquement isolés, mais sous la forme « d'états plus complexes (2). » Le symptôme psychiatrique ne peut se concevoir qu'intégré dans une attitude globale, une conduite. Le symptôme neurologique est un symptôme fragmentaire. C'est à lui que ressortissent les hallucinoses, illusions sensorielles parcellaires *esthésiques*, à retentissement

(1) Henri Ey : *Hallucinations et délire*, p. 111.

(2) Henri Ey et ROUART : *loc. cit.*, p. 356, note 11.

psychique faible et oscillant. Ce sont des dissolutions locales, aux limites, précisément, de la neurologie et de la psychiatrie.

L'hallucination est avant tout *une erreur de la croyance perceptive* (1) du monde extérieur ou du Moi. Elle est conditionnée par une chute de niveau psychique à déterminisme biologique, qui l'intègre dans un comportement morbide et vital. Elle est pétrie de la personnalité du sujet, telle qu'elle s'organise à ce niveau de dissolution.

Ces caractères restituent à l'hallucination son importance secondaire dans les syndromes cliniques. C'est une manière pour le malade de trahir sa vie affective. C'est un mode original, mais non nécessaire, dont peut s'exprimer un délire. *C'est une superstructure aux matériaux propres et irréductibles, mais dont la raison d'être est la structure psychopathique primitive, profonde, d'où elle jaillit.*

*
**

Cette vue d'ensemble serait incomplète si elle se bornait là. Il y a encore un long chapitre sur le conditionnement étiologique du trouble hallucinatoire, chapitre que nos connaissances ne permettent pas encore d'écrire. Nous nous sommes, jusqu'à présent, efforcé de montrer le déterminisme psychologique de l'hallucination. Mais ce travail d'investigation, dans un cas donné, est rétrospectif ; et le déterminisme, considéré dans son décours et dans l'ultime actuel où il aboutit, n'est pas *un déterminisme nécessitant*. Un événement psychologique échu peut toujours être intégré dans un cycle de comportement. Mais, si logique qu'il paraisse alors, il n'aurait jamais pu être nécessairement prévu. On peut retrouver et remonter un enchaînement psychologique compréhensible de l'événement concret à d'autres situations (objectives ou subjectives) dont il dépend. Mais cet enchaînement, reconstitué après coup, considéré dans son *déchaînement* historique et vécu, apparaît seulement comme une possibilité réalisée, et non comme un déroulement totalement nécessaire. De si près qu'elle serre les

(1) Pour autant qu'une étude psychologique de l'acte perceptif lui restitue sa qualité de *croyance* au dépens d'une pseudo-passivité photographique, le mot : erreur doit bien être compris comme une croyance erronée (*die krankhafte Verzerrung des Glaubens*) (Bleuler) et non pas comme erreur logique.

faits, l'explication psychologique se heurtera toujours à une certaine *indétermination*, souvent réduite, qu'elle sera incapable de saisir. En psychologie normale, suivant les préférences métaphysiques de chacun, cette faillite du déterminisme psychologique est considérée, ou comme provisoire et imputable à notre seule ignorance, ou comme le point d'insertion de nos libres choix. En psychopathologie, le problème le plus important n'est pas posé exactement au même point. L'inconnue la plus déconcertante n'est pas l'explication totale du contenu du phénomène psychopathologique, mais la raison de son déclenchement. Si compréhensibles que puissent apparaître, en dernière analyse, tous les ressorts psychologiques d'un délire, le problème reste entier quand il s'agira d'expliquer pourquoi ce délire existe. Autrement dit, en termes jacksoniens, l'analyse de la structure psychopathique ne donnera jamais la cause de la dissolution.

Nous avons affirmé précédemment (cf. page 101, note 1) que la psychogénèse n'était ni démentie totalement par les faits, ni contradictoire en soi si on la considère comme une notion-limite. On ne peut nier les variations normales psychologiques de l'activité psychique vigilante ni les variations normales physiologiques de l'activité cérébrale. On doit donc admettre une certaine dissolution normale possible. Et dans la limite où des événements psychiques influent sur l'activité organique, en particulier les événements affectifs et les traumatismes sexuels, on peut envisager que certaines dissolutions (avec organisation positive morbide) ressortissent à une étiologie psychologique. Si étroite que soit cette limite, on ne peut, *à priori*, la nier totalement.

Par contre, la guérison par des procédés psychologiques, quels qu'ils soient, ne prouve pas la pure psychogénèse du trouble guéri. Il faut, en effet, considérer une certaine plasticité entre la profondeur de la dissolution et l'organisation psychique à ce niveau. Cette organisation, qui est celle d'une personnalité (involuée), n'est pas immuablement fixée ; elle oscille entre certaines limites où il paraît difficile de nier l'action de la volonté — combien réduite (1) — du malade, ni

(1) Il est bien évident que l'aliéné qui jouit de l'irresponsabilité pénale et sociale, ne jouit pas pour autant de l'impeccabilité morale. Il y a encore un terrain — peut-être impossible à apprécier — où son vouloir

celle du milieu. Ce sont même ces limites qui justifient l'action du psychiatre auprès des aliénés : sans illusion sur la vertu curative de sa psychothérapie, il sait combien son attitude auprès de ses malades peut parfois les apaiser et leur rendre — dans une certaine mesure — le séjour à l'asile plus supportable. Si on admet ainsi qu'un niveau de dissolution d'un même désordre biologique peut admettre plusieurs équilibres structuraux très voisins, on est conduit à admettre qu'à la limite, en face d'une dissolution incontestable, mais légère, les divers équilibres possibles en contiennent un qui est pratiquement assimilable à l'équilibre normal, et que la psychothérapie est assez puissante à faire atteindre.

Pratiquement, devant les malades qualifiés d'aliénés, de telles subtilités sont hors de propos, et personne ne refuse d'exiger le rattachement des niveaux structuraux aux désordres organiques qui conditionnent tous les degrés de dissolution. « Le rattachement des « états », « syndromes », « niveaux structuraux », ou « psychoses » aux processus « organiques étiologiques, est la fin dernière de cette *Science médicale qu'est la psychiatrie* (1). » Malheureusement, nos connaissances de ces processus organiques sont encore extraordinairement minimes. La paralysie générale est la seule conquête brillante que l'on puisse montrer, encore que si l'agent étiologique et la lésion méningo-encéphalique sont connus, tout le mécanisme physio-psycho-pathologique n'est pas même soupçonné. Pour les autres psychoses banales d'asile, l'ignorance est bien près d'être absolue. C'est particulièrement frappant quand on veut faire un tableau complet de nos connaissances anatomiques en psychiatrie : pour avoir une homogénéité au moins typographique il faut mettre sur le même plan la paralysie générale, la polio-mésocéphalite aiguë de Von ECONOMO, la polio-encéphalite aiguë de WERNICKE et la sclérose centrolobaire de SCHILDER et FOIX (2) ! Dans un autre ordre d'idées moins grossièrement anatomique, toute

intervient en suffisante connaissance de cause. Pour autant qu'on puisse sonder le cœur de nos semblables, la notion de faute n'est pas lettre morte chez tous les aliénés. L'expert doit du reste se mettre dans cette perspective quand il veut apprécier la valeur du délit en fonction du trouble mental.

(1) HENRI EY et ROUART : *loc. cit.*, p. 97.

(2) J. LHERMITTE : Fondements anatomiques de la psychiatrie. *Cahiers Laënnec*, avril 1936 (Desclée).

l'affectivité et toutes ses perturbations sont conditionnées par quelque équilibre, humoral ou neuro-végétatif, dont l'existence, à défaut des caractéristiques, est affirmée. Quel désordre, de quel ordre et à quel niveau, entraîne cette chute de niveau de l'activité psychique, rend impérieux ce sentiment d'automatisme, favorise cette objectivation intentionnelle ? C'est ici que pourrait s'intégrer la conception, très séduisante, de GUIRAUD sur les cenesthopathies dystoniques. Nous aurions de la peine à admettre que — autrement que par un raccourci de pensée et de langage — la cenesthésie puisse créer « le sentiment continu du moi physique, du moi vivant », que « l'ensemble des neurones... donne le moi continu » (1). Mais, ramenée au rôle limité, bien que chronologiquement primordial, où le désordre organique s'inscrit dans une conception jacksonienne des troubles mentaux, cette théorie demeure une des plus attrayantes, devant notre ignorance actuelle de la biologie des délires. Le vrai est que la physiopathologie a beaucoup de chances de demeurer ignorée, tant que demeure aussi rudimentaire la physiologie de l'organe qui est la condition nécessaire à l'exercice de la pensée.

La biologie du trouble psychique est très en retard sur son étude psycho-clinique. Est-ce dire qu'une hypothèse psychologique est plus facile et plus séduisante qu'une hypothèse biologique, parce que plus fuyante à la critique objective ? Ce travail encourra peut-être ce reproche de facilité. Nous nous hâtons quand même de reconnaître que, pour *indispensable* qu'elle soit, l'analyse psychologique « nous paraît destinée à préparer la solution physiologique des problèmes » plutôt qu'à les résoudre (2). »

(1) P. GUIRAUD : Les délires chroniques (hypothèses pathogéniques contemporaines). *L'Encéphale*, 1925, p. 672.

(2) Henri EY : La discussion de 1855. *Ann. Méd.-Psych.*, 1935, I, p. 585.

DEUXIÈME PARTIE

Les structures délirantes

CHAPITRE PREMIER

NOTION DE STRUCTURE

Les derniers paragraphes du chapitre précédent amorcent toute notre conception des délires chroniques : le fonds psychopathique d'un malade, la *structure* profonde et l'*organisation* de son délire sont beaucoup plus essentiels et primitifs que les fonctions psychologiques qu'ils mettent en jeu. Nous avons essayé de dégager, de l'étude des délires hallucinatoires, cette notion. Psychologiquement, l'hallucination n'apparaît pas comme un mode efficace de connaissance, elle est stérile comme un rêve ou le tracé d'un écrit ; elle n'est que l'expression d'une croyance fondamentale. Cliniquement, les hallucinés n'ont entre eux qu'une ressemblance limitée, car l'essentiel d'un délire, ce n'est pas sa projection hallucinatoire, mais la structure même de sa croyance, ses ressorts, ses conflits, ses paradoxes.

Cette remarque est du reste de portée générale, et vise toutes les classifications des délires fondées sur les caractères extérieurs du délire. C'est ainsi qu'il paraît difficile d'opposer des délires par rapport à la présence ou l'absence d'un mécanisme psychologique élémentaire, comme, par exemple, de parler de délires d'imagination. D'abord, dans presque tout délire, on peut trouver quelque apport imaginaire ; les délires qualifiés *d'imagination* ne se distinguent que par le rôle prépondérant joué dans la genèse et l'évolution du délire de cette capacité reproductrice et constructrice. D'autre part, les délires à forte charge imaginative ne constituent pas, de ce fait, une unité clinique définie. Dire *délire d'imagination*, c'est affirmer un syndrome et rien de plus. Et ce syndrome se retrouve dans des délires de structures très diverses (1). De même, l'interprétation peut être une manifestation dialectique de la pensée morbide, mais personne n'en réservera l'exclusivité absolue au délire si remarquablement décrit par SÉRIEUX et CAPGRAS. Car des interprétations authentiques se rencontrent dans bien d'autres ensembles psychosiques ; et ce qui fait la caractéristique profonde du délire de SÉRIEUX et CAPGRAS, cela paraît être surtout le développement systématique et cohérent du drame persécutif, la lucidité et l'irréductibilité de l'argumentation, l'absence totale d'affaiblissement psychique, beaucoup plus que l'aspect interprétatif des troubles, qui, si importants qu'ils soient, semble demeurer secondaire dans la structure profonde de la psychose. La présence d'hallucinations (surtout pseudo-hallucinations, syndrome d'influence) ou d'éléments passionnels dans des délires à manifestations interprétatives prédominantes sont des constatations cliniques indiscutables. Et le maintien pathogénique de l'interprétation comme base du délire (2) conduirait à l'impasse de recourir à des *associations* de délire. Si on rend

(1) CLAUDE : Délires d'imagination et paraphrénies. *Concours médical*, 1936, p. 151.

(2) Au risque de nous répéter, il faut réaffirmer que l'interprétation morbide, comme nous venons de le dire, n'est qu'une caricature du raisonnement vigile. Ce qui caractérise l'exercice normal de la pensée, c'est sa progression féconde et désintéressée. Ce qui caractérise l'interprétation délirante, c'est sa stérilité absolue. Elle ne progresse pas loyalement, méthodiquement, par approximations successives vers une vérité. Elle en donne l'apparence, elle s'en donne l'apparence. Elle renverse la hiérarchie des valeurs. *La vérité à atteindre est admise d'emblée dans une intuition implicite* ; et tout le discours syllogistique, qui se croit convaincant, n'est qu'une artificielle et parfois adroite justification.

à l'hallucination comme à l'interprétation leur valeur de projections plus ou moins sensorialisées, plus ou moins intellectualisées des conflits délirants qui leur sont antérieurs, on se libère de ces préoccupations atomistiques, et on peut aller dégager peut-être plus profondément les arêtes essentielles de la pensée morbide.

Pas plus que ces mécanismes élémentaires (hallucinations, interprétations, imagination), certains comportements psychologiques ne peuvent suffire à épuiser la nature d'un délire. Les étiquettes : délire de jalousie, érotomanie, délire de revendication, ne sont pas exhaustives. Ces délires correspondent à des comportements psychologiques normaux, mais qui peuvent, dans certains cas, prendre une hyperesthésie passionnelle réalisant des tableaux familiers à toutes les mémoires. Il faut cependant distinguer : leur originalité sociale, spectaculaire, criminelle est d'être une *jalousie*, un *amour* morbide. Leur originalité psychiatrique est d'être, dans les cas où nous faisons allusion (érotomanie type CLÉRAMBAULT, quérulants...), des délires *passionnels*. La description de CLÉRAMBAULT affirme l'existence d'un délire passionnel à contenu érotomaniac, et personne ne contestera ni l'existence de cette psychose, ni la scrupuleuse justesse de sa description. Mais il ne s'ensuit pas que seul un délire passionnel peut avoir un contenu érotomaniac. Et effectivement, une collection d'érotomanes montrent la diversité extrême des structures délirantes auxquelles ils ressortissent (1).

*
**

Il faut, croyons-nous, quitter résolument le terrain purement sémiologique pour aborder les délires chroniques, non par leurs qualités contingentes, mais par leur *structure* essentielle. Cette notion de structure, qui nous paraît absolument fondamentale pour la compréhension des délires, est fonction d'une théorie dynamique des troubles mentaux. Dans des pages précédentes (2), nous avons insisté à dessein sur les

(1) CLAUDE : Délires de jalousie, *Progrès Médical*, 1935, p. 1941; CLAUDE : Erotomanie, *Concours Médical*, 1935, p. 959. Ce point de vue est repris dans la thèse de FERDIÈRE : L'érotomanie (illusion d'être aimé) (*Thèse de Paris*, 1937). C'est également celui d'Anglade à propos des délires de revendication. « Les Revendicateurs », *Thèse de Paris*, 1937.

(2) Cf. *supra*, p. 100.

idées de JACKSON ; car nous désirons y revenir et engager, dans leur perspective, les problèmes des structures psychopathiques.

Nous rappelons les trois principes jacksoniens : le premier est celui de *l'évolution des fonctions*, qui, de ce fait, sont hiérarchisées entre elles, — le deuxième est celui de la *dissolution* (pathologique) *des fonctions*, — le troisième est celui de la distinction des signes *négatifs et positifs*, d'où il ressort que le symptôme, manifestation clinique globale, résulte à la fois de l'action de la lésion et du fonctionnement persistant, de la dissolution capacitaire (symptôme négatif) et de l'involution de la personnalité (symptôme positif). Ce fonctionnement persistant, cette personnalité involuée, mais réagissante, justifie, en lui donnant toute sa signification, l'*écart organo-clinique* entre la lésion organique et l'*aspect sémiologique des troubles mentaux*.

« Tout trouble mental est le produit d'un fléchissement fonctionnel (dont les conditions sont infinies, depuis les troubles humoraux endocriniens ou sympathiques jusqu'aux lésions proprement nerveuses). Ce trouble fonctionnel exprime, selon les niveaux atteints par un trouble capacitaire plus ou moins général et profond (1). » Mais ce trouble capacitaire peut être parfois très réduit, presque inapparent en raison de sa discrétion et de l'importance submergente de toute l'activité psychique libérée. Son appréciation demande des points de comparaison qui presque toujours manquent. C'est ce déficit très discret que souvent l'observation vulgaire voit mieux que l'observation psychiatrique, avide de précisions terminologiques plus tranchantes que nuancées. « Tel malade est *troublé*... » Cela rappelle les *Bewusstseinstörungen* des Allemands, qui pourraient être rattachés à ce qu'on traduit par l'expression d'*états hypnoïdes*. Cette notion de *troubles de la conscience* manque dans la sémiologie psychiatrique française. Un article de TROCHINE (2) sur la démence est très intéressant à cet égard. Dans un esprit très jacksonien, il sépare les *signes dissolutifs* qui témoignent de la ruine psychique, et les signes de *déconstruction*, de *dégradation*, qui trahissent l'activité des fonctions au niveau de la dissolution. Limité par le titre de son article :

(1) Henri EY et ROUART : *loc. cit.*, p. 34 et *passim*.

(2) TROCHINE : La démence, *Ann. Méd.-Psych.*, 1928, p. 307.

La démence, il ne s'occupe que des divers aspects des signes dissolutifs, suivant la profondeur de la dissolution. Et au plus faible degré, sous le nom de *démence mécanique* (1), il décrit, avec une notation assez fine, un trouble subtil de la conscience, plus facilement sensible à l'entourage, dont l'état antérieur du sujet était familier : associations *plates*, c'est-à-dire plus persévérantes que d'ordinaire, plus syncrétiques, plus utilitaires ; mémoire plus paresseuse pour le nouveau, l'inhabituel, le difficile ; attention moins soutenue pour les travaux difficiles ou désagréables ; activité plus mécanisée, plus futile, minutieuse, mais moins créatrice ; dégradation de l'abstraction, le symbole intéressant plus que l'essence. Bref, c'est la valeur profonde, intérieure, originale de la vie psychique qui tend à disparaître ainsi qu'une certaine spontanéité à donner son meilleur effort. On pourrait y ajouter une certaine conscience diffuse de l'état morbide qui fait accepter parfois facilement un recours au médecin pour des histoires qui ne devraient, aux yeux du délirant, ne relever que de la police. « Tout ceci n'est pas en désaccord avec le fait que le malade « exécute, d'une manière déterminée, des choses banales, qu'il « conserve la mémoire de tous les faits ordinaires et de maintes circonstances d'un passé lointain, qu'il parle de façon « adaptée de choses simples et qu'il peut s'intéresser à des « événements frappants (2). » Et l'examen du psychiatre ne peut que rarement dépasser ce bilan trop rudimentaire.

Les signes positifs des niveaux de dissolution représentent « l'ensemble des actes, des idées, des croyances de l'activité « psychique qui subsistent. Ils sont d'autant plus considérables et voisins de la normale que la dissolution est moindre (3). » On pourra trouver, dans ces derniers cas surtout, des fonctions, des attitudes psychologiques qui, prises isolément, ne paraîtraient pas discernables de certains comportements normaux. Et ces comparaisons statiques et partielles poseront des problèmes insolubles : comment différencier une idée délirante d'une idée fausse, une illusion délirante d'une

(1) Par une vue pittoresque et peut-être discutable de la structure psychique normale, il décrit successivement une *démence mécanique*, une *démence miroitante* et une *démence automatique*. Il va sans dire qu'il prend la *démence* comme une notion avant tout relative.

(2) JACKSON : Les facteurs de la folie (note), in Henri EY et ROUART : *loc. cit.*, p. 336.

(3) Henri EY et ROUART : *loc. cit.*, p. 39.

illusion normale, un raisonnement morbide d'une faute de logique ? Ce qui est propre au niveau pathologique, c'est *l'ensemble des troubles*, l'organisation de la pensée, de l'activité psychique à ce niveau, en un mot la *structure* délirante de ce niveau. On pourrait définir la structure : « *un ensemble typique des troubles vécus par le malade comme des événements proportionnels à ses capacités, et observés par le médecin comme un état psychopathique caractéristique* (1). »

En ce qui concerne les niveaux de dissolution, voici la première approximation que HENRI EY et ROUART proposent pour représenter la dégradation de l'activité psychique :

1. Structures névrotiques.
2. — paranoïaques.
3. — oniroïdes.
4. — dysesthésiques.
5. — maniaques mélancoliques.
6. — confuso-stuporeuses.
7. — schizophréniques.
8. — démentielles (2).

Cette hiérarchie des états psychopathiques est donnée par ses auteurs comme un premier essai, sujet à révisions ultérieures. Nous ne le citons, sans entrer dans plus de détails, simplement comme réalisation concrète de cette notion de structure dont nous voudrions approfondir davantage la valeur en psychiatrie.

Il faut bien se représenter les troubles mentaux comme en incessante variation en fonction du temps et de la personnalité du sujet. Cette échelle proposée est essentiellement mouvante et ses degrés admettent entre eux une infinité de nuances et de variations. Nous sommes loin d'un éventail bien architecturé d'entités cliniques contiguës, mais nous croyons être plus près de l'incessante diversité des faits. Et pour rester en contact avec eux, il faut renoncer « totalement à la conception statique qui se représente les symptômes comme des « signes isolés directement, créés par la maladie qui est alors

(1) HENRI EY et ROUART : *loc. cit.*, p. 39 (note 1) et p. 55.

(2) HENRI EY et ROUART : *loc. cit.*, p. 42.

« la somme même de ces symptômes et rien que cela (1). » Il faut suivre le développement, le mouvement constructif et destructif qui se fait jour par jour chez un malade donné, l'ensemble des stades de dissolution et de réévolution d'une psychose qui ne s'impose pas d'un bloc, et dont il faut considérer la structure, dans son déploiement perspectif historique, comme « l'évolution typique d'un certain niveau de dissolution » (2).

Ces considérations ont la conséquence méthodologique capitale de préciser cette double notion de *psychose* et de *maladie mentale*. Il est très précieux de pouvoir les distinguer. La psychiatrie revendique ces deux objets. Or, ces deux perspectives d'aborder le fait psychiatrique ressortissent à des disciplines différentes, et leur confusion a créé bien des malentendus entre psychiatres. « Il n'y a de *maladie mentale* « légitime que les maladies mentales rattachées à un processus (3). » L'unité originale d'une maladie mentale est donc son étiologie. « Il n'y a de *psychoses* que pour autant que « l'on désigne ainsi des formes psychopathiques non rattachées et probablement non rattachables comme telles à un « processus étiologique (non rattachables, car il serait bien « surprenant qu'un processus donné n'engendrât qu'un seul « mode de dissolution typique) (4). » La démence n'est pas une maladie mentale. C'est une psychose, une structure psychopathique pouvant être réalisée par une méningo-encéphalite spécifique, une atrophie sénile... La paralysie générale est une maladie mentale, et son processus étiologique peut réaliser des dissolutions diverses : structure démentielle, structure confusionnelle, structure délirante, et toute la gamme des intermédiaires. Les tendances biologiques ou psychologiques prépondérantes dans l'esprit de chaque psychiatre ne doivent donc pas se heurter, mais se compléter : les problèmes de diagnostic étiologique ne peuvent ni se passer de l'analyse structurale des psychoses, ni se confondre avec elle.

(1) Henri EY et ROUART : *loc. cit.*, p. 54.

(2) Henri EY et ROUART : *loc. cit.*, p. 55.

(3) Henri EY et ROUART : *loc. cit.*, p. 57.

(4) Henri EY et ROUART : *loc. cit.*, p. 57.

CHAPITRE II

LES DELIRES DE STRUCTURE PARANOIAQUE (1)

Nous renvoyons aux pages précédentes pour connaître l'évolution des sens du mot *paranoïa* qui s'est vu imposer des limitations progressives. Nous nous en tenons au sens kræpelinien. C'est celui que remet en honneur la thèse de LACAN (2), qui proteste contre la conception trop étroite (3) de la paranoïa réduite à une tendance agressive, quérulante ou persécutrice. On doit ranger, sous le nom de psychoses paranoïaques, un groupe de délires chroniques caractérisés, selon la définition de KRÆPELIN, « par le développement insidieux, sous la dépendance de causes internes et selon une évolution continue, « d'un système délirant durable et impossible à ébranler, qui « s'instaure avec une conservation complète de la clarté et « de l'ordre dans la pensée, le vouloir et l'action » (traduction LACAN). Ces délires s'opposent aux délires paranoïdes qui sont mal systématisés, où « la pensée, le vouloir et l'action » sont profondément troublés, et qui sont rattachés aux formes délirantes de la démence précoce. Cette opposition peut paraître

(1) Ce chapitre des délires à structure paranoïaque ainsi que celui des délires à structure paraphrénique sont ceux où nous sommes le plus redevable aux Conférences de Psychiatrie non publiées de Henri Ey.

(2) J. LACAN : De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. *Thèse de Paris*, 1932.

(3) Telle qu'elle est récemment encore présentée dans le livre de GÉNIL-PERRIN : *Les paranoïaques*, Maloine, 1926.

nouvelle en France où les idées de GILBERT-BALLET et de son école ont longtemps prévalu. En réalité, les distinctions classiques au XIX^e siècle, entre les persécutés et les persécutés-raisonnant (J. FALRET), entre les persécutés et les persécutés-persécuteurs (LASÈGUE), entre les délirants chroniques et les dégénérés (MAGNAN) demeurent la base historique sur laquelle se fonde la division des délires chroniques en deux secteurs : les délires paranoïaques et les délires paranoïdes.

1. Caractères généraux des psychoses paranoïaques. La structure paranoïaque

Les descriptions classiques ont toujours souligné la *coextension du délire à la constitution*. Il vient, d'une façon complète, définitive et originelle, s'y superposer. Cette constitution se présente avec une psycho-rigidité caractéristique (MONTASSUT). Le paranoïaque est concentré sur lui-même, égocentrique, fier, susceptible, orgueilleux, méfiant, raisonneur, sophiste, paradoxal, entêté, antisocial. Son délire et sa personnalité peuvent se réduire aux critères classiques : Hypertrophie du moi (renversement de la proportion échec-prétention). — Méfiance. — Pauvreté du jugement. — Inadaptation sociale.

Il semble qu'il y ait, pour comprendre les relations de la psychose avec la personnalité, un point de vue plus dynamique que de voir, dans les délirants, des paranoïaques innés dont l'épanouissement morbide des tendances serait voué à une sorte de fatalité. C'est le danger de ne considérer, dans la constitution, que « la seule expression de l'organisation biologique, « ce qui revient à nier l'influence créatrice du milieu en matière « de psychologie » et à enfermer « la personnalité dans des « limites de variations purement héréditaires ou organiques (1) ». On ne peut négliger, dans l'étude du développement d'une personnalité, ni les événements de son histoire, ni les progrès de sa conception du moi, ni sa réaction aux

(1) Henri Ey : La notion de constitution (essai critique). *Evolution Psychiatrique*, 1932, 2^e série, n^o 4, p. 23.

tensions sociales (1). Chaque personnalité est une construction qui nécessiterait une monographie originale. Et le contenu d'un délire paranoïaque trahit un conflit intérieur, une situation vitale (BLEULER), qui apparaissent comme le trauma déterminant (du contenu) et s'inscrivent, d'une façon compréhensible, dans le prolongement du développement biographique.

D'autre part, cette relation, si souple et vivante soit-elle, admise entre le caractère et le délire des paranoïaques, n'implique nullement que les caractères répondant aux critères classiques décrits plus haut. Il est très banal que l'observation journalière prenne en défaut ces quatre faits fondamentaux inhérents à la constitution paranoïaque. Pour ne citer que les cas les plus typiques, rappelons que JANET (2) note l'apparition d'une *paranoïa rudimentaire* chez des sujets présentant un syndrome *d'obsession des scrupuleux*. Tout chez ces malades rappelle la psychasthénie ; les modes d'invasion du délire, ses mécanismes psychologiques et surtout les prédispositions *constitutionnelles* : sentiment d'insuffisance de sa propre personne, besoin d'appui, abaissement de la tension psychologique, tous caractères qui nous mènent bien loin de la psycho-rigidité. GAUPP (3) montre également le développement d'un délire paranoïaque sur un terrain typiquement psychasthénique. KRETSCHMER, en isolant (4) parmi les délires paranoïaques son *délire de relation des sensitifs*, le rattache étroitement à un caractère particulier, le caractère sensitif. Les sujets de ce type montrent une extraordinaire impressionnabilité, une sensibilité extrêmement accessible et vulnérable... Ce sont des victimes prédestinées à toutes les duretés de la vie (KRETSCHMER). Ce caractère n'a rien d'un état inné ou fixe ; « c'est une disposition acquise au cours de l'évolution et où »
« jouent le plus grand rôle certains traumatismes affectifs déterminants. »

Enfin, il faut reconnaître que les psychoses paranoïaques n'apparaissent pas toujours totalement comme une réaction de la personnalité compréhensible psychogénétiquement. Il

(1) Cf. LACAN : *loc. cit.*

(2) RAYMOND et JANET : *Obsessions et psychasthénie*, II, pp. 506-527, cité par Lacan.

(3) GAUPP : Ueber paranoïsche Veranlagung und Abortive Paranoïa. *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1910, p. 317, cité par Lacan.

(4) KRETSCHMER : Der sensitive Beziehungswahn. Cf. LACAN : *loc. cit.*, p. 77 et suiv.

n'est pas exceptionnel de rencontrer des *ruptures* entre l'état morbide et l'état antérieur. En particulier, « loin de montrer un « développement psychique régulier, l'examen révèle que les « moments de l'évolution où se crée le délire, les *points* « *féconds* de la psychose, pourrions-nous dire, se manifestent « par des troubles cliniquement identiques à ceux des psycho- « ses organiques, bien qu'ils soient plus frustes et plus passa- « gers » (1). Cette notion de *moments féconds*, d'expériences délirantes, d'expériences vécues (ERLEBNIS) est d'une importance majeure. Nous ne faisons que la souligner en passant, nous réservant d'en reparler plus tard, au chapitre des délires de structure paranoïde (cf. p. 143).

*
**

Les délires paranoïaques ont ceci de très remarquable de pouvoir être désignés par leur contenu. Ils constituent, en effet, un système de croyances dramatiques qu'il est possible de réduire à une formule. Et cette homogénéité leur vient de la condensation fondamentale d'une aventure qui se déroule. Le délire paranoïaque est un récit dramatique dont le personnage central est le malade lui-même, et dont tous les thèmes apparents peuvent être ramenés à la réaction persécutrice. SÉRIEUX et CAPGRAS, dans leur description du délire d'interprétation qui demeure, quelles que soient les disputes nosologiques, le cœur et le modèle des délires paranoïaques, décrivent sept thèmes : persécution, mégalomanie, jalousie, érotomanie, mysticisme, hypocondrie, auto-accusation ; nous en ajouterons un huitième qui n'a été écarté que pour mieux préserver le groupe décrit de toute suspicion d'hallucination : c'est le thème *d'influence* ; et un neuvième, le thème de *revendication* (2), séparé également par souci de l'opposer au délire d'interprétation.

Mais ce qui paraît plus essentiel que cette énumération d'attitudes psycho-pathologiques — qui ne sont pas spécifiques

(1) LACAN : *loc. cit.*, p. 97.

(2) La thèse d'ANGLADE : *Les Revendicateurs*, Paris, 1937, faite sous l'inspiration de Capgras, restituée au comportement revendicateur sa seule valeur de syndrome, qu'un délire passionnel peut présenter à l'état de pureté, mais qui peut se rencontrer dans un délire chronique paranoïaque ou paranoïde, dans une psychose maniaque-dépressive.

des délires paranoïques, mais qui y puisent leur maximum d'agressivité, donc d'intensité dramatique — c'est *ce thème douloureux de persécution* (évident ou travesti) qui éclate sous de multiples aspects. C'est une lutte dans laquelle le malade projette ses aspirations et les résistances qui les limitent. Et ce thème de persécution hypersthénique ne peut pas toujours cacher qu'il n'est que la projection, la transfiguration d'un thème de culpabilité fondamentale. Typiquement, ces psychoses se présentent agressives, tendues, hyperesthésiques, pénétrant comme un *coin* le monde et la société ; mais brusquement, l'envers du décor peut révéler que cette attitude est faite d'angoisse, de détresse, de désarroi. Et c'est, croyons-nous, cette structure essentiellement morale qui rassemble et résume la signification la plus profonde des psychoses paranoïques (1).

*
**

Un des traits les plus saisissants des délires paranoïques, celui qui leur a fait donner le nom de folie raisonnante, est leur développement cohérent et systématisé. La construction délirante se développe avec *ordre et clarté* (KRÆPELIN). Les parties sont bien enchainées et forment un ensemble architectural. Même si le délire n'a pas toujours l'apparence d'une organisation *vertébrée*, tout au moins se présente-t-il en segments joints et articulés à la manière d'un « annélide » (CLÉRAMBAULT), en opposition foncière avec les amas de protozoaires, les blocs de corail auxquels on pourra comparer les délires paranoïdes (Henri Ey). Le délire du malade, c'est sa vie, sa foi, son action ; et toute son expression orale ou écrite (mémoire, pamphlet, placets) prend la valeur d'une argumentation lucide, d'un plaidoyer serré où preuves, justifications, vérifications, souvenirs précis, flagrants délits, ruses, précautions, sont classés, mis en valeur, rangés en bataille. C'est l'évidence même qui est plaidée. Elle est péremptoire, rigoureusement déduite et entraîne une conviction entière, massive, dogmatique du sujet (2).

(1) Ce couple fondamental, agressivité-culpabilité, se dégage facilement des multiples thèmes en apparence variés, qui y retrouvent leur unité.

(2) Du sujet et aussi parfois de son entourage. Tout le système, dans son exposé pseudo-rationnel, peut être reçu favorablement dans l'esprit d'un familier qui, dans une attitude d'obéissance affective par rapport au malade, ne sait pas résister à cette « psychose convaincante (Sérieux et Capgras) ».

En réalité — est-il besoin de le dire ? — ce n'est pas l'évidence qui entraîne la conviction, c'est la conviction qui fabrique l'évidence. La progression du paranoïaque se fait habituellement par interprétation morbide. DROMARD (1), en la définissant comme « l'inférence d'un percept exact à un concept erroné par l'intermédiaire d'une association affective », met bien en valeur le côté secondaire, bien que fort apparent, de la construction intellectuelle. Et de fait, l'erreur n'est pas dans la construction du syllogisme qui peut très souvent respecter les lois du logicien. La faille où vient s'insinuer, s'imposer, exploser l'erreur délirante, c'est la valeur affective accordée aux prémisses, ce sont les affirmations rapides et implicites qui sautent de la conclusion d'un syllogisme à la majeure du suivant. Le malade triche en croyant raisonner. Il porte en lui une attitude affective fondamentale (2) qui polarise et oriente ses essais dialectiques. Il est dupe de leur argumentation et croit leur impartialité syllogistique révélatrice. Son activité intellectuelle, prisonnière inconsciente de ses sentiments et de ses désirs, n'a su qu'abdiquer et forger une piteuse justification. Et c'est cette hantise paranoïaque fondamentale qui lui fait avoir horreur du hasard. Dans ces mille détails de la vie quotidienne, qui apparaissent insignifiants, fortuits à un esprit en repos (rarement, du reste, au prix d'efforts déductifs, mais au nom d'un simple principe, sans passion, d'économie), partout le paranoïaque introduit du *significatif*. Toutes les valeurs de réalité sont remaniées au profit de celles qui exigent, pour se développer, le drame délirant. Rien n'est indifférent à ce conflit vital où le paranoïaque engage avec lui tout le monde social et objectif, en attendant d'y faire rentrer tout un monde hallucinatoire.

Vue, en effet, sous cet angle, on voit combien il apparaît peu soutenable d'envisager l'interprétation comme une sorte d'opération élémentaire et basale. Et nous saisissons en même temps ce qu'il peut y avoir de trop artificiel à distinguer radicalement l'interprétation de l'intuition, de l'hallucination et de la fabulation. Il faut reconnaître, à toutes ces manifestations délirantes, ce caractère génétique d'être avant tout une

(1) DROMARD : *Journal de Psychologie*, 1910.

(2) C'est ce que Dide et Guiraud appellent « l'intuition péjorative immédiate ». *Psychiatrie du Praticien*, Masson, 2^e édition, p. 215.

intuition, une croyance qui est la base même de la connaissance pathologique. Nous avons déjà eu l'occasion de le signaler, la connaissance pathologique est une caricature de la connaissance rationnelle, c'est une *connaissance affective* (1). Elle utilise des mécanismes intellectuels qui ont l'illusion de jouer chastement, mais elle ne peut renier son origine serve (2) par son impénétrabilité à toute discussion et par les conflits instinctivo-affectifs que son expression manifeste. Le fondement intuitif commun (3) de l'ensemble de ces aspects sémiologiques rend compte de leur chevauchement dans les cas particuliers et de l'extrême difficulté à laquelle on se heurte à les isoler, autrement que par artifice, comme des mécanismes profondément différents les uns des autres.

Cette critique de l'interprétation (comme de l'hallucination), en tant que procédé dialectique efficace et basal, met l'accent sur l'organisation affective essentielle des psychoses paranoïaques. Cette tyrannie passionnelle, qui vient prolonger les tendances de la personnalité, où prend-elle son intuition fondamentale, ailleurs que dans l'affectivité ? Il semble qu'il faille y voir un asservissement des fonctions de contrôle, de direction, d'adaptation aux affects du sujet (facteurs catathymiques), un remaniement profond des valeurs de réalité investies et transformées par les tendances instinctivo-affectives. Il n'y a pas dislocation des fonctions supérieures de contrôle qui se trouvent seulement déplacées, polarisées, désorientées, et laissent à la psychose paranoïaque son caractère de folie *raisonnante*, de folie affective. C'est à propos d'elle que CHESTERTON pouvait affirmer que le fou est celui qui a tout perdu, excepté la raison. L'univers paranoïaque est commensurable avec l'univers objectif dont il n'est que la transposition imposée par une tyrannie affective, qui en a altéré toutes les intentions (4).

*
**

(1) C'est dire que ce n'est pas une connaissance du tout. Cf. *supra*, p. 26 et 42.

(2) *Nur Magd*, dit Bleuler.

(3) Cf. P. SCHIFF : Sur un cas d'interprétation-intuition. *Encephale*, 1926, p. 644.

(4) Et si en dernière analyse on voulait chercher pourquoi telle croyance délirante se traduit par des hallucinations, plutôt que par des interprétations, il ne semble pas qu'il faille s'orienter du côté des désordres proprement pathologiques, mais plutôt du côté de la structure antérieure du malade.

Pour compléter l'étude de la structure paranoïaque, nous allons en présenter maintenant les caractères négatifs différentiels.

« L'évolution est, pour ainsi dire, indéfinie », disent SÉRIEUX et CAPGRAS, « la maladie ne marche pas progressivement vers l'affaiblissement intellectuel. Généralement, sous l'influence de l'âge, la faculté créatrice diminue peu à peu, les interprétations se font plus rares, le cercle des idées se rétrécit, le rayonnement s'éteint : le malade ressasse les mêmes conceptions et s'intéresse moins à ce qui ne touche pas son délire vésanique, ses réactions s'atténuent, il s'est adapté à la vie de l'asile et a cessé de réclamer sa sortie. Selon l'expression très juste de TANZI, le paranoïaque ne guérit pas, il désarme. C'est la période de résignation... La désagrégation du délire, l'affaiblissement psychique doivent, s'ils surviennent, être attribués, non pas à la marche progressive de la psychose, mais à la sénilité. »

Nos observations (I à XIII) vont dans le sens de ces conclusions. Cependant, les observations VI à XIII sont mentionnées comme présentant un léger affaiblissement intellectuel. Mais nous croyons rester d'accord avec SÉRIEUX et CAPGRAS, en tenant compte de l'appoint sénile, de la débilité antérieure et de la façon un peu subjective de qualifier cette réduction progressive de l'activité du malade. De toutes façons, ce qui est indiscutable, c'est l'absence de désagrégation de la personnalité.

C'est évident pour les délires passionnels et les délires d'interprétation. Il semble qu'on ait parfois de la peine à l'admettre pour les formes hallucinatoires qui sont souvent trop vite ramenées à la démence paranoïde. Il faut bien observer (1) ces paranoïaques qui se déclarent harcelés, persécutés, changés, dépersonnalisés pour se rendre compte que ce qu'il y a au fond de leur délire, c'est une illusion commandée par le système de croyances dont le délire, dans sa forme hallucinatoire, n'est que le rayonnement. Leur vie intérieure, leur activité adaptée, leur comportement affirment bien que cette dépersonnalisation se réduit au seul témoignage de leur délire. C'est pourquoi on ne retrouve, chez les paranoïaques,

(1) Cf. p. 132, note 3.

aucun des signes qui témoignent de la rupture des liens de la construction personnelle : l'autisme, l'incohérence verbale, tout le syndrome de dissociation psychique. La pensée du paranoïaque, même faite d'erreurs, d'illusions, d'intuitions cristallisées, se maintient dans le cadre des catégories normales. Elle demeure toujours compréhensible. Malgré les enchevêtrements et les *expériences*, il n'y a pas trace de construction paralogique. Malgré sa signification, son intentionnalité délirante, le monde paranoïaque demeure en continuité du monde réel des objets et conserve toujours, avec le moi, sa commune limite.

2. Les psychoses paranoïaques

Ce groupe de psychoses représente un mode de réaction délirante dont les caractères précédents assurent l'homogénéité et dont le *délire d'interprétation* de SÉRIEUX et CAPGRAS, dans ce qu'il y a de plus complet et de plus inattaquable, représente le noyau fondamental. Sa description est trop classique pour que nous la rappelions. La conception que nous avons défendue à propos du trouble hallucinatoire, l'importance que nous avons donnée à cette structure délirante, dont le délire de SÉRIEUX et CAPGRAS fournit l'exemple le plus typique, nous forcent à contester l'autonomie trop absolue de ce délire et à dépasser ses formes cliniques pour l'intégrer dans un ensemble plus vaste d'états délirants.

Il nous paraît difficile de situer ces différents états par rapport à leurs thèmes délirants. Nous avons déjà suffisamment insisté sur l'illégitimité de ces distinctions. D'une notion d'érotomanie, de filiation morbide, de revendication, on ne peut qu'aboutir à la description d'un syndrome psychopathologique, sans pouvoir effleurer l'organisation originale du délire dans lequel il s'inscrit.

Nous préférons décrire une série de formes cliniques *d'après leur mécanisme*. Cette expression est équivoque et nous voulons l'expliquer. Si la psychose paranoïaque représente une source d'intuitions délirantes par lesquelles le sujet appréhende la réalité en la transformant, il n'en reste pas moins que l'acti-

vité délirante procède cliniquement, selon des mécanismes (1) psychologiques qui s'expriment par toute une série de variétés structurales. Selon que l'intuition paranoïaque se présente comme fabulation, postulat passionnel, réseau interprétatif, syndrome d'automatisme hallucinatoire ou état de doute obsédant, nous pourrions distinguer des délires paranoïaques d'imagination, des délires passionnels, des délires d'interprétation, d'influence ou des délires asthéo-obsessionnels. Nous avons refusé ces distinctions comme point de départ de la nosographie des délires, et nous le maintenons. Mais à l'intérieur d'une structure caractérisée, il paraît légitime de fixer ainsi les différentes formes suivant les mécanismes prépondérants. Nous pouvons ainsi respecter les variétés phénoménologiques, et nous y voyons surtout l'avantage didactique de retrouver ainsi les noms classiques des délires que nous groupons ainsi :

VARIÉTÉS STRUCTURALES PARANOÏAQUES (2)

I. *Délire d'imagination*. — C'est le type isolé par DUPRÉ, avec sa structure fabulante, cohérente, romanesque, dont le mécanisme compensateur (3) a été bien mis en évidence. Le thème presque pathognomonique de ces délires est le thème de filiation. Le fait que ces délires touchent de près à la psychose revendicatrice et au délire d'interprétation (les interprétateurs filiaux de SÉRIEUX et CAPGRAS) montre la nécessité de les placer tous dans un même groupe (paranoïa), mais n'enlève rien à l'autonomie psycho-clinique de chacun.

II. *Délires passionnels*. — Ces délires groupent, selon CLÉRAMBAULT, les délires érotomaniaques, les délires de jalousie et les délires de revendication. Il n'y a rien à changer à la description de ces délires *en secteur*. Précisons simplement que les syndromes érotomaniaques... se présentent, dans leurs formes passionnelles, à un état de pureté qui donne, à leur description, leur maximum d'acuité. D'autre part, le fait de

(1) Mécanismes non générateurs du délire, mais déclenchés par ce délire qui s'y exprime.

(2) Cf. L'essai de regroupement nosographique de P. Schiff. *La Paranoïa et la Psychanalyse. Revue française de Psychanalyse*, 1935, t. VIII, n° 1, p. 65.

(3) CLAUDE et MONTASSUT : La compensation idéo-affective. *Encéphale*, 1925, p. 557.

retrouver ailleurs les syndromes érotomaniaques, et le fait de voir des délires passionnels être également interprétatifs ou s'associer à des délires hallucinatoires, viennent, une fois encore, étayer l'unité du groupe paranoïaque.

III. *Délires d'interprétation*. — Ces délires *en réseau* (CLÉRAMBAULT) sont ceux qui correspondent à la description de SÉRIEUX et CAPGRAS. Un des aspects les plus typiques du développement de ces délires est la fréquence de paroxysmes interprétatifs et de bouffées oniriques que SÉRIEUX et CAPGRAS, peut-être par exigence doctrinale, considèrent comme des *anomalies* d'évolution. La marche de ces délires est rythmée par des *moments féconds* de troubles incomplets de la conscience avec remaniement des réalités, sentiment d'étrangeté, constructions oniroïdes. C'est dans ces états aigus épisodiques que mûrit le délire et que, parfois, éclate le drame agressif qu'il porte impliqué et menaçant dans son développement.

IV. *Délires hallucinatoires*. — Très voisins, par bien des côtés, des précédents avec lesquels ils sont reliés par toutes les transitions, ces délires se présentent, en général, sous deux aspects différents : les délires de persécution avec activité hallucinatoire surtout acoustico-verbale (inséparables de l'organisation *en réseau*) ; et les délires d'influence qui expriment l'invertissement des automatismes kinéto-idéo-affectifs par des sentiments pathologiques d'effraction de la pensée, de reniement de la propre activité du sujet. Ce sont ces délires qui, réunis avec une grande partie des démences paranoïdes, constituaient l'entité commode, mais démesurément extensive, des psychoses hallucinatoires chroniques.

V. *Délires hyposthéniques* (structure obsessionnelle). — Nous voulons faire ici allusion à plusieurs ordres de faits. Tout d'abord, nous rappelons qu'il n'est pas exceptionnel de voir des persécutés, même les plus tendus (cf. p. 122), perdre, à certains moments, leur agressivité, et avouer leur profonde détresse, parfois même leur résignation : ils n'en peuvent plus, ils abandonnent la partie. Mais cette hyposthénie n'est que transitoire, et ne peut nullement qualifier leur délire dans l'ensemble de son évolution.

Les délires hyposthéniques ont été abordés par les auteurs

dans deux préoccupations un peu différentes : soit qu'ils étudient les délires paranoïaques curables, soit qu'ils recherchent directement ceux qui paraissent en marge de la constitution et de l'agressivité paranoïaque classiques. De nombreux travaux, comme ceux de GAUPP, sur la paranoïa abortive, auxquels nous avons déjà fait allusion, montrent le terrain psychasthénique, le caractère bienveillant, consciencieux, anxieux de ces malades. C'est là que nous pouvons replacer le *syndrome d'action extérieure* de CLAUDE, non plus comme un simple aspect sémiologique de l'apparition d'un délire hallucinatoire, mais comme une entité morbide épisodique. Un article de RUBÉNOVITCH et CANTACUZÈNE (1) en rapporte deux exemples récents : ce qui n'était qu'un syndrome préparant l'évolution d'un délire chronique de structure difficile à prévoir devient une entité psychosique quand le tableau clinique en reste là. Le syndrome réalise un délire de persécution et d'influence à forte charge affective, qui peut régresser avec l'amendement des désordres émotionnels et biologiques qui lui avaient donné naissance.

Mais, par le terme de délires paranoïaques hyposthéniques, on a surtout en vue tout un ensemble de délires dont le *Sensitive Beziehungswahn* de KRESTCHMER (2) est le pivot (descriptif et non chronologique). SÉRIEUX et CAPGRAS avaient déjà signalé dès leur première description le délire de supposition et la variété résignée (3). CAPGRAS est revenu, avec X. ABÉLY, sur le délire interrogatif (4), puis sur le délire d'interprétation hyposthénique (5). Ce sont tous ces délires que Mlle PASCAL réunit dans un même cadre : Les psychoses de sensibilisation (6). Nous renvoyons à ces articles, en particulier à celui de CAPGRAS de 1930, et à la thèse de LACAN (7) pour la traduction résumée de KRETSCHMER. Nous ne nous attardons pas à ces descriptions classiques, nous n'avons ici d'autre but que de les situer dans notre nosographie.

(1) RUBÉNOVITCH (P.) et CANTACUZÈNE (J.) : Le syndrome d'action extérieure. *Progrès Médical*, 20 juin et 4 juillet 1936.

(2) KRETSCHMER : *Der Sensitive Beziehungswahn*. Berlin, Springer, 1918, 2^e éd., 1927.

(3) P. SÉRIEUX et J. CAPGRAS : *loc. cit.*, p. 168 et p. 180.

(4) J. CAPGRAS et X. ABÉLY : *Ann. Méd.-Psych.*, 1926, I, p. 12.

(5) CAPGRAS : Délire d'interprétation hyposthénique. Délire de supposition. *Ann. Méd.-Psych.*, 1930, II, 272.

(6) C. PASCAL et A. DESCHAMPS : Psychoses de sensibilisation. Allergie mentale. *Ann. Méd.-Psych.*, 1931, I, p. 449, II, p. 8.

(7) LACAN : *loc. cit.*, p. 76 sqq.

CHAPITRE III

LES DELIRES DE STRUCTURE PARANOÏDE

Le problème que nous ont posé les psychoses paranoïaques était de restituer leur unité, en dépit de la présence ou de l'absence d'hallucinations. Ce problème, qui engage toute une conception de troubles hallucinatoires, était pour nous le problème essentiel. Il découlait de la critique que nous avions cru devoir faire de l'unité clinique des *Psychoses hallucinatoires chroniques*, et du rôle de l'hallucination dans la genèse et l'évolution de ces délires.

Le problème que posent les délires de structure paranoïde est d'un autre ordre. L'hallucination n'est plus en cause. Les *Psychoses hallucinatoires chroniques*, qui ne ressortissent pas à la paranoïa, présentent, dans l'organisation de leur délire, une impénétrabilité, une incohérence qui l'apparentent de très près à l'hébétéphrénie délirante. Certains même de ces délires s'y confondent complètement par le trouble profond dont témoignent le progrès et l'expression de la pensée. Ce sont ceux que nous grouperons dans le cadre de la *démence paranoïde* (obs. XIV à XXII). D'autres ont ceci de remarquable de présenter, en marge d'un délire incohérent, stéréotypé, une activité de pensée encore appréciable, et hors de comparaison avec la déchéance marquée des précédents. Ce sont ceux que nous grouperons dans le cadre des *psychoses paranoïdes* (obs. XXII à XXX).

Ces psychoses paranoïdes paraissent être le noyau de beau-

coup de descriptions de *Psychoses hallucinatoires chroniques*. C'est ce type que prennent DIDE et GUIRAUD, en particulier, dans leur très intéressante étude des délires progressifs (1). Nous ne voyons pas bien l'intérêt qu'il y a à élargir démesurément, comme ils le font, cette description au point de lui rattacher, d'une part le délire d'interprétation de SÉRIEUX et CAPGRAS, et d'autre part des délires qui, de l'avis même de ces auteurs, évoluent en donnant un tableau très voisin de l'hébéphrénie, voire même identique. Si, en affirmant l'unité de tous ces *délires progressifs*, on veut simplement indiquer qu'il existe toutes les transitions entre les formes les plus diverses, personne ne contestera cette unité. Mais peut-être en contestera-t-on la valeur pratique nosographique, et lui reprochera-t-on, comme à celle de la schizophrénie bleulérienne, une extension abusive, qui dissout toute précision.

Nous avons proposé la marche inverse : au lieu de partir des psychoses paranoïdes, d'y aboutir. Dans l'immense unité des délires chroniques, nous préférons placer des points de repère : des délires qui gravitent autour de la *paranoïa* ; d'autres, d'un aspect clinique indiscutablement différent, qui gravitent autour de la *dementia proecox* ; d'autres enfin, qui paraissent également éloignés, ou rapprochés, de l'un et de l'autre pôles, qui représentent des formes de transition particulières, et qui, dans leur originalité maximale, présentent une structure assez caractéristique pour mériter que nous nous y arrêtions : *les délires de structure paraphrénique*. Ce chapitre est consacré à la description de la structure délirante des démences paranoïdes.

*
**

Ce qui frappe avant tout dans ces délires, c'est *leur incohérence*, leur impénétrabilité, la rupture des liens de compréhension de la psychose avec l'activité rationnelle. Il convient de bien préciser immédiatement ce que l'on entend par *compréhension*, ou mieux, de délimiter exactement ce qu'on cherche à comprendre dans un délire. Cette recherche peut se concevoir dans trois perspectives. En face d'un récit délirant, on commence, en se référant à la langue du malade, à sa culture

(1) M. DIDE et P. GUIRAUD : *loc. cit.*, p. 183 à p. 223.

et aux catégories rationnelles de l'observateur, par essayer de saisir ce que cela signifie, dans le sens banal du terme. C'est ce que JASPERS appelle la *compréhension statique* qui est « représentation des états d'âme (le fait de nous « rendre présents » les états d'âme) » (1). Vraie ou fausse, on se représente l'aventure dramatique que narre un paranoïaque. Un délire paranoïde n'est pas compris, au moins dans son ensemble. On relève bien, dans le récit, des îlots syntaxiques dont le contenu, pris isolément, est pensable. Mais l'ensemble n'éveille qu'un chaos d'images, d'affirmations dont le sens et l'unité échappent : un texte de linotypie dont on aurait brouillé toutes les lignes. Il est, du reste, assez caractéristique de voir la prise de contact du malade et du médecin : il y a toujours un échange de formules interrogatives : « Comment ? » « Quoi ? », qui d'emblée souligne l'incompréhension de deux pensées qui cherchent en vain leur commune mesure.

Il faut reprendre cependant chacun de ces éléments, et, sans chercher à résoudre l'incohérence globale de l'ensemble, faire le bilan des attitudes affectives qu'ils révèlent, des rapprochements qu'ils affirment, des souvenirs qu'ils évoquent, des allusions, des paradoxes, des incongruités, des coq-à-l'âne. Si l'on veut admettre, comme hypothèse de travail, que le hasard n'est que le fruit de notre ignorance, et que l'incohérence d'une pensée n'est pas forcément un assemblage fortuit, on pourra essayer de rattacher ces explications étonnantes à des pulsions instinctives, à des mouvements affectifs, à des états d'âme antérieurs qui s'y expriment : ce sera un essai de *compréhension génétique*, c'est-à-dire d'interprétation affective, de compréhension des rapports psychiques et de la filiation des états psychiques (2) engendrés les uns des autres. C'est la reconstitution de ce « déterminisme psychologique non nécessitant » dont nous avons parlé plus haut (3).

(1) K. JASPERS : *Psychopathologie générale*. Alcan, 1928, p. 276.

(2) K. JASPERS : *loc. cit.*, p. 276.

(3) Cf. *supra*, p. 106. Il n'est pas inutile de signaler qu'il est parfois facile de confondre ces deux compréhensions, et de passer illégitimement de l'une à l'autre. Ainsi, quand nous opposons les délires paranoïaques cohérents aux délires paranoïdes incohérents, la discrimination n'est pas toujours évidente. Un délire paranoïaque peut paraître parfois obscur, du fait de la réticence du malade, du fait de préoccupations, d'habitudes qui ne nous sont pas familières. Un examen rapide est souvent responsable du diagnostic abusif de paranoïdie. Au contraire, l'incohérence immédiate d'un délire paranoïde authentique peut paraître s'es-

Une troisième attitude consiste à comprendre pourquoi le désordre primitif s'est installé et pourquoi il a engendré telle psychose : ce sera une demande de *compréhension explicative*, qui n'est pas une compréhension psychologique (affective), mais un retour aux relations causales.

Disons tout de suite que cette troisième attitude est fort inconfortable et décevante : nous en sommes encore à un stade « d'incompréhension explicative » à peu près complète, aussi bien pour les délires paranoïaques que pour les paranoïdes. Au contraire, c'est en compréhension statique que nous nous croyons les plus forts, et c'est en partie sur la cohérence ou l'incohérence immédiate que nous avons opposé, dans une première approximation, ces deux sortes de délires. La compréhension génétique a été la dernière abordée. C'est vers elle que sont orientés de nombreux travaux actuels (1). Et c'est dans sa perspective que l'analyse des délires est la plus activement poussée. Nous en avons déjà fait état au chapitre précédent.

D'un point de vue *statique*, le délire paranoïde est remarquable par son *incohérence foncière*. Un des premiers caractères déroutant est le polymorphisme et la mobilité des thèmes délirants. Nous reconnaissons bien en avoir énuméré neuf principaux pour les délires paranoïaques. Mais nous avons essayé de préciser les caractères de cette diversité. Elle apparaît surtout par comparaison de plusieurs délires paranoïaques entre eux. Chaque délire possède une organisation stable, qui peut évidemment se modifier au cours de l'évolution, mais qui se ramène essentiellement à une aventure vécue par le malade, et peut se résumer dans une formule. D'autre part, une analyse montre rapidement, sous-jacent à

tomber devant la répétition des examens. Après de longs interrogatoires où le malade livre assez facilement ses complexes affectifs à peine travestis, presque à fleur de peau, l'observateur a quelque peine à admettre encore son incompréhension statique, quand il a l'impression — peut-être l'illusion — de reconstituer l'unité affective de l'ensemble délirant : *l'étrangeté du délire paraît se dissoudre dans la lumière de sa genèse retrouvée*.

C'est l'interférence de ces deux attitudes compréhensives, que nous nous sommes attachés à distinguer, qui autorise, sans paradoxe, à mettre en garde : un délire paraîtra souvent d'autant plus « paranoïde » qu'il a été examiné hâtivement, et d'autant plus pénétrable qu'il a été analysé pendant de longues heures.

(1) Nous rappelons que la première édition allemande de la *Psychopathologie générale* de JASPERS est de 1913, et la première traduction française de 1928.

ces variétés thématiques, le couple agressivité-culpabilité du thème fondamental de persécution. Les délires paranoïdes se présentent différemment : agression, transformation corporelle avec expériences mystérieuses, influence, possession, jalousie, mégalomanie, féerie fantastique, métabolisme cosmogonique ou hypocondriaqué, il n'est pas un thème que le délire paranoïde n'accepte. Mais il ne s'agit guère d'une expérience dramatique unique. C'est un ensemble d'affirmations, d'hypothèses, de fabulations qui s'enrichissent, s'écroulent, se contredisent. Et cette dispersion permanente du délire n'est pas un des moindres éléments de son obscurité. On a l'impression que le malade est beaucoup plus préoccupé de son état cenesthésique et affectif que de sa dialectique. « Son délire reste plus descriptif que logique. » (1). Et quand plusieurs thèmes concourent pour exprimer son état, ils paraissent acceptés sans choix, sans élimination et sans effort de fusion, d'où polymorphisme simultané et mobilité dans le temps. Ces thèmes délirants ont très souvent une forme hallucinatoire, où les phénomènes visuels sont rares, et beaucoup plus fréquentes les hallucinations psychiques, psychomotrices, cenesthésiques. Ces thèmes sont flous, imprécis, inconsistants. Suivre les détails de leur exposé est tâche absolument impossible, ce qui réduit à néant leur force dramatique et convaincante. Ils s'associent à des impressions d'étrangeté du monde extérieur et du monde intérieur qui retentissent gravement sur la notion que le malade a de sa personnalité. Les discriminations fondamentales entre le Moi et la réalité ambiante sont profondément altérées (2). Ce qui est affirmé du monde subjectif l'est

(1) L. THUILLIER-LANDRY : Etude sur les délires d'évolution démentielle précoce. Thèse Paris, 1916, p. 111.

(2) Cette altération de la notion du moi, bouleversée dans son unité, son activité et surtout dans la propre conscience qu'il a de lui-même, est un des caractères les plus régulièrement notés. On a voulu y voir un trouble essentiel (Bleuler) et même primordial (Minkowski, Guiraud) de la pensée paranoïde. Récemment encore Balvet (*Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde*, Thèse, Lyon, 1936), a voulu retrouver l'unité des thèmes délirants en montrant qu'ils ne font que témoigner d'un sentiment vécu fondamental : *le sentiment de dépersonnalisation*. Ce dernier serait une donnée primitive et concrète, s'élaborant en aspects de plus en plus précis comme concepts, mais perdant progressivement dans ses métamorphoses successives son caractère d'état d'âme. C'est ainsi qu'il distingue le sentiment de perte de l'élan vital, celui de perte de la substance corporelle, celui de perte de l'unité personnelle, celui de non-reconnaissance du moi et du mien. Ces thèmes sont le résultat d'efforts de conceptualisation d'états ineffables, diffus (Blondel), qui n'ont aucun point de contact avec nos expériences familières et qui trahissent une *rupture* avec la personnalité antérieure.

également du monde objectif. Ces deux mondes paraissent continus, parfois même confondus ou identiques. Le malade éprouve les sensations des autres ou projette sur eux les siennes propres (transitivisme). Bref, un chaos indescriptible de récits, de plaintes, d'introspections, qui témoignent une indifférence froide et souriante pour la vraisemblance, les données empiriques, l'évidence logique. Même dans ses formes les moins incohérentes, on est frappé de la difficulté qu'a cette pensée délirante à s'adapter à l'exact et au concret. L'activité intellectuelle paraît ne jamais pouvoir aboutir à son expression adéquate, et procède par étapes successives. Elle s'arrête en chemin ; l'image, la métaphore, la comparaison, le symbole, l'à-peu-près se substituent à l'idée correctement exprimée et lucide. L'abstraction, ou plutôt l'usage de mots abstraits, de formules creuses à tour sentencieux, exprime cette même incapacité. C'est comme substituts d'une pensée concrète qu'ils sont utilisés.

Nous ne ferons que signaler les troubles schizophasiques qui, dans certains cas, viennent majorer l'incohérence. On connaît les remarquables travaux de PFERSDORFF (1) sur ce sujet et les quatre sortes de troubles possibles qu'il calque sur les schémas de HEAD pour l'aphasie. Dans le cas où dominent les troubles du plan syntaxique et nominal, on rapproche l'incohérence schizophrénique de l'aphasie : l'incohérence est vide de toute signification, mais le malade garde une intelligence intacte. Si le trouble porte sur le plan sémantique, il paraît bien difficile de ne pas le rapporter à la pensée autistique, chargée de significations symboliques (2).

*
**

C'est la fructueuse originalité de la compréhension génétique qui permet de parler, sans trop de témérité, d'*organisation* paranoïde, de *structure* paranoïde. Ces délires paraissent *désorganisés*, incohérents quand nous les jugeons du point de vue logique, qui est la première attitude réflexe. Mais cette incohérence a une histoire avec laquelle elle reste en conti-

(1) PFERSDORFF : *Travaux de la Clinique psych. de Strasbourg*, 1927-1928-1929.

(2) Cf. J. DELMOND : *Essai sur la schizophasie. Thèse Paris*, 1935.

nuité. Nous n'observerons qu'un instant de la pensée délirante, et c'est par interpénétration affective que nous allons essayer de retrouver cette *organisation paralogique*.

Il est incontestable que la compréhension génétique redonne une évidente unité aux organisations délirantes. Chez toutes, depuis celle de l'hébéphrénie jusqu'à celle de l'interpréteur, on peut retrouver la même base affective, les mêmes conflits, les mêmes projections, les mêmes déplacements, les mêmes fixations. C'est cette même pâte qui fait l'unité incontestable de toute la pensée délirante, explique toutes les transitions possibles entre les variétés nosographiques et permet de concevoir (dans un ordre d'utilité pratique à déterminer) de grandes synthèses comme celle de BLEULER. Mais la compréhension d'un délire paranoïaque n'a pas à dépasser le contenu de ce délire, dont l'expression sémantique respecte le principe d'identité et autres exigences logiques. Au contraire, la compréhension d'un délire paranoïde doit aller jusqu'à celle de la formule même de la pensée. Nous sommes en présence d'une pensée totalement déroutante. Ce n'est pas simplement une valorisation nouvelle des prémisses des syllogismes corrects, ni celle des intuitions rapides qui les agrafent les unes aux autres (1) — le sens de cette revalorisation étant les lignes de force des tendances affectives ou des conflits inconscients. C'est un *mode de pensée nouveau*, aux exigences inhabituelles et inadmissibles pour une pensée normale, insérée dans le réel (2).

(1) Comme dans la pensée paranoïaque, cf. p. 123.

(2) Nous aimerions donner quelques précisions — un peu scolastiques — sur les rapports entre le réel, le possible, le « déréel »... On peut, en effet, opposer, en ontologie courante :

I. — Les *êtres réels*, qui sont en acte d'existence dans la réalité.

II. — Les *êtres possibles* qui pourraient exister. Possibilité se référant à une puissance réelle, ordonnée (possibilité de découvertes biologiques en psychiatrie), ou possibilité se référant à une puissance idéale, absolue, limitée seulement par la contradiction (possibilité d'un univers géométrique).

III. — Les *êtres de raison*, qui ne peuvent passer à l'existence possible, même de puissance absolue. Soit qu'il y ait contradiction (d'existence) à supposer ces êtres hors de l'esprit (la cécité, l'égalité) ; soit qu'il y ait contradiction (d'essence) entre les notes qui les constituent intrinsèquement (un cercle carré). A proprement parler, le cercle carré n'a même pas une existence de raison. Il est impensable pour un esprit logique et cohérent. C'est un pseudo-concept.

Sans pousser davantage cette confrontation, nous dirions simplement que le délire paranoïaque est un délire dans le possible : on peut même distinguer certains délires se référant à une possibilité ordonnée, tels les délires de *palier* et même ceux qui, restant dans la vraisemblance, englo-

L'essai d'analyser une pensée déréelle peut alors paraître chimérique, puisque justement cette pensée, par son absence d'objet, est détachée du réel, et que notre langage, pour la décrire, est né du réel. Et c'est probablement l'étrangeté, l'*aliénation* de cette incohérence délirante qui explique le peu d'intérêt qu'on a pris, pendant longtemps, à en explorer le contenu. Cet abstentionnisme résigné procède d'une double confusion : vouloir ramener le réel à l'exclusive appréhension concrète et logique des sens et de l'esprit ; vouloir réduire l'activité psychique aux seules démarches rationnelles. Sans reprocher, une fois de plus, à DESCARTES sa lourde responsabilité de ce rationalisme inhumain, il est bien certain que son dualisme a longtemps empêché d'analyser suffisamment cette forme d'activité psychique la plus lourde de matière, l'*affectivité*. Cette affectivité est le tuf de notre activité consciente ; elle règne impérieusement sur nos élaborations inconscientes. Elle a ses mécanismes, ses lois, son histoire. Activité insensée aux yeux de la raison pure ; activité vécue, accueillie, et même familière, à qui n'oublie pas que l'âme est inconcevable sans le corps. Elle fermente et gronde sous les démarches intellectuelles qu'elle nourrit, mais qui ne veulent pas se laisser arracher la régulation dernière de leur vie commune. Le délire est son émancipation triomphante (1) hors du contrôle rationnel ; émancipation paranoïaque où elle accepte encore des mécanismes logiques qu'elle fait jouer, en leur laissant l'illusion d'une liberté créatrice : émancipation paranoïde où elle impose explicitement ses propres lois et la formule même de son mouvement. Le délire paranoïde

bent dans l'extension de leur drame persécutif les puissances alliées et les Jésuites ; d'autres se référant à une possibilité idéale, en invoquant des actions à distance, des *trucs*, un *Deus ex machina*, rappelant les stades *phénoméniste* et *efficace* de l'enfant dans son appréciation de la causalité. [Cf. J. PIAGET : *Année Psychologique*, 1925, p. 31]. Le délire paranoïde est pour nous impensable, même si génétiquement compréhensible. Il est un scandale pour la raison qui ne peut concevoir ces contradictions essentielles. C'est un nouveau mode de pensée, irrecevable dans les cadres logiques rationnels. C'est une pensée *déréelle*.

(1) Si l'on veut opposer *pensée déréelle* à *pensée purement rationnelle*, il y a déjà de la *déréalité* (*Dereismus*, dirait Bleuler) dans toute pensée humaine, sauf peut-être dans la pensée mathématique. Et tout délire à base affective est un délire déréel. C'est à quoi aboutit Bleuler qui, fidèle à l'extension de sa schizophrénie, étend la notion de *dereistiche Denken* (*Naturgesichte der Seele*, II^e Auf., p. 147) aux rêveries compensatrices les mieux charpentées. Nous croyons devoir limiter l'expression de pensée déréelle, à la *pensée affective qui s'exprime toute nue* (délire paranoïde, rêves), sans le compromis d'une apparence de rationalisation (délire paranoïaque).

réalise au maximum une pensée instinctivo-affective sans contrainte. Sa compréhension génétique n'est possible qu'à la faveur d'une référence à cette autre pensée « affective, instinctive, magique et syncrétique qui, toujours prenante chez « chacun de nous, n'est réprimée qu'au prix de l'effort de la « conscience vigilante et rationnelle » (1). La *sphère de la causalité* est battue. Mais cette défaite ne prend un sens qu'autant que le vainqueur est mieux connu et mieux analysé.

L'étude de la pensée affective a été très peu précisée dans la psychologie classique, abusivement rationnelle, qui devait nécessairement buter devant la pensée délirante. Au contraire, l'étude des délires, et aussi celle des rêves, se sont éclairées mutuellement, et ont permis de connaître et d'analyser certains ressorts profonds de la pensée saine et vigile. C'est dans le prolongement de ces investigations que nous croyons qu'il faut rechercher le *sens* de l'incohérence paranoïde.

Le mode d'enchaînement des idées dans un délire paranoïde ne se fait pas par utilisation des concepts, par découpage en fonction des lois de causalité, d'identité et de contradiction. Les images, les souvenirs, les intuitions concrètes de la pensée sont groupés, superposés dans un ensemble disparate où le seul lien est leur commune valeur affective ou magique. C'est ce que LÉVY-BRÜHL, à propos de sociétés primitives, a décrit sous le nom de *loi de participation*. Des idées, logiquement différentes, s'attirent et s'accolent, réunies par un même lien affectif. Une douleur, une joie, une anxiété, évoquent, par une sorte de *résonance* (GUIRAUD), d'autres souvenirs, souvent lointains, voire infantiles, qui correspondaient à une même attitude affective, et qui vibrent à nouveau, mais sans apporter avec eux les notes qui les situeraient. Ce thématisme affectif, qui explique ces irruptions mnésiques dyschronologiques, est parfois assez tyrannique pour renforcer à l'excès certaines associations d'idées qui forment de véritables blocs, s'opposant à la fluidité de la pensée et lui imposant « des digressions obligatoires et stéréotypées, des chemins tortueux « indispensables où la clarté se perd, mais où la tendance « affective persiste » (2). Ces attractions affectives, ces assi-

(1) Henri Ey : Quelques aspects de la pensée paranoïde et catatonique. *L'Evolution Psychiatrique*, déc. 1936.

(2) DIDE et GUIRAUD : *loc. cit.*, p. 209.

milations intuitives, arrivent à élargir, d'une façon démesurée, la signification des mots ; une évocation en appelle plusieurs autres en cascade et brûle les étapes intermédiaires : la pointe de la pyramide finit par désigner toute sa base (*extension du concept*).

Les mécanismes d'élaboration, qui sont connus dans le rêve, sont d'excellentes *clefs* (1) pour essayer de comprendre davantage la pensée affective paranoïde. Nous avons déjà dit combien ces deux productions psychiques étaient voisines. L'expression délirante comme l'expression onirique est pauvre et laconique en regard de la richesse de la pensée, des sentiments qu'elle trahit. Plusieurs séries affectives peuvent converger sur un même mot, sur une même image qui prend alors une signification *condensée* polyvalente, parfois contradictoire. Cet élément manifeste, qui exprime plusieurs pensées latentes, est dit « surdéterminé » (FREUD). La charge affective peut aussi se *déplacer*, et se détacher de son objet normal pour se porter sur un objet accessoire qui prend ainsi une importance illusoire. Même importance illusoire du contenu manifeste des récits (hallucinatoires ou non), qui n'est souvent que la *dramatisation*, la sensorialisation de pensées, de jugements antérieurs. Le délire dissout, en représentations plastiques, concrètes, la pensée conceptuelle (2). *Le symbole*, au contraire, va du concret au concret : l'image délirante vient signifier, non pas une idée abstraite, mais une autre image qui demeure inconnue, car la relation reste inconsciente.

Tous ces mécanismes sont purement descriptifs. Et, sans remonter encore à une explication causale, il est certain qu'une compréhension génétique voudrait les dépasser et les rattacher à quelque dynamisme qui les mette en action. Une telle étude aurait à tenir compte, avant tout, des éclatants services de l'apport psychanalytique. C'est presque exclusivement depuis FREUD que l'on s'intéresse au contenu et à la signification des délires, et même les plus réfractaires à ses conclusions ne peuvent lui contester l'honneur d'avoir brillam-

(1) Cf. DALBIEZ : *loc. cit.*, I, p. 122 à 201.

(2) On voit le double jeu de cette pensée inférieure et régressive qu'est le délire ; elle a de la peine à appréhender une situation concrète, parce que précise, et elle se perd dans l'incertain d'un vocabulaire abstrait (cf. p. 135). D'autre part, elle refuse l'abstraction active d'un jugement, et le traduit aussitôt par un ensemble scénique.

ment ouvert la voie et édifié une œuvre sans équivalent (1). Nous nous défendons de préciser les conflits et les mécanismes instinctivo-affectifs que la psychologie freudienne a cru devoir isoler. Cela dépasserait et notre compétence, et les cadres de ce travail nosographique. Mais nous devons, abordant la compréhension génétique des délires, rendre hommage à l'Ecole qui lui a donné ses lettres de noblesse, et en a proposé une analyse à laquelle les critiques, surtout négatives, n'ont pas opposé de concurrente.

Ces quelques remarques suffisent à montrer combien le délire paranoïde témoigne essentiellement d'une pensée *synchrétique, affective, symbolique, subjective*, détachée du réel au point de ne plus reconnaître les limites exactes du Moi, encloses dans l'univers de la logique affective, où le vouloir s'est substitué au pouvoir, où le principe de plaisir se projette dans l'organisation même du monde extérieur, où le *désir et la crainte décident du vrai et du faux* (2).

*
**

Incohérence foncière, organisation paralogique caractérisent la pensée délirante paranoïde en général, mais ne définissent pas totalement le tableau clinique du malade qui présente un tel délire. Ce tableau du reste est double, et nous avons déjà indiqué qu'il fallait distinguer, parmi tous les délires de cette structure, les *démences paranoïdes* et les *paraphrénies*. Nous verrons, avec plus de détails, les paraphrénies au chapitre suivant. Quant aux démences paranoïdes, elles sont si voisines des formes délirantes, de l'hébéphrénie, de la démence précoce, qu'il faut les rattacher à un processus identique. Les deux paragraphes précédents visaient surtout la pensée paranoïde en tant que pensée déréelle, affective, et pouvaient

(1) C'est intentionnellement que nous ne parlons du Freudisme qu'en fonction de la compréhension génétique, et non en fonction également de l'explication causale. Nous abandonnons la discussion pour l'explication de névroses. Je crois qu'aucun psychanalyste ne la relèverait pour l'explication des délires qui nous occupent actuellement. Cette distinction entre *genèse* et *explication causale* doit rassurer ceux qui redoutent le péril psychogénétique des démarches analytiques. C'est la même distinction qui empêche de confondre le mécanisme d'un acte psychologique quelconque avec sa justification rationnelle ou morale.

(2) BLEULER : « ...heisst unsere Wunsche und Befürchtungen zum Richter über Wahr und Falsch machen ». *Naturgesichte der Seele*, II^e Auf., p. 148.

s'appliquer également à l'onirisme et surtout au rêve. Ce paragraphe veut préciser que, dans la démence paranoïde, ce mode inférieur de pensée est la rançon d'un trouble profond de toute l'activité psychique, *le trouble hébéphrénique* (1).

Nous avouons ne pas nous sentir suffisamment maître ni de tout le dynamisme profond des principes de JACKSON et de leurs prolongements légitimes, ni d'une analyse clinique assez pénétrante de la démence précoce, pour regrouper définitivement cet ensemble clinique en fonction de ces fécondes hypothèses. Il est certain que le travail de BLEULER peut s'inscrire dans le prolongement de celui de JACKSON. Le rapprochement entre signes primaires et secondaires, et signes négatifs et positifs a été fait déjà bien des fois (2). « Les symptômes
« primaires sont les manifestations nécessaires d'une mala-
« die. Les secondaires peuvent manquer ou varier sans que
« se modifie, en même temps, le processus morbide. » « A
« peu près toute la symptomatologie décrite jusqu'à présent
« de la démence précoce est une symptomatologie secondaire,
« et, en quelque sorte, fortuite (3). » On sait que BLEULER considère, comme signes primaires, une partie des troubles associatifs (dans la mesure où il s'agit d'une dépréciation, du nivellement des affinités associatives) ; les états d'égarement (*Benommenheit*) avec incapacité d'unifier la pensée et le mouvement ; certains états mélancoliques ou maniaques ; une certaine disposition aux hallucinations et aux stéréotypies. Seraient considérés comme secondaires la dislocation (*Spaltung*), la fragmentation, l'émiettement, le symbolisme de la pensée, les barrages (*Sperrung*), les troubles affectifs, l'autisme, le négativisme, l'ambivalence (4).

Nous n'avons pas à discuter ici la théorie bleulérienne, mais à constater simplement que tous les troubles qu'il a si remarquablement décrits se retrouvent dans les démences paranoï-

(1) On retrouve, à propos de ces délires qui gravitent autour de cet ensemble de troubles appelés Démence précoce par Krapelin, Schizophrénie par Bleuler, cette *dualité* que Claude a toujours défendue (Congrès de Genève, 1926), opposant la démence précoce vraie et le groupe des schizoses. On retrouverait les mêmes oppositions entre les *démences paranoïdes hébéphréniques* et les *psychoses paranoïdes schizophréniques*, et les mêmes transitions : la démence précoce et la schizophrénie étant, pour Claude, probablement les aspects extrêmes d'une même maladie.

(2) Henri Ey et J. ROUART : *loc. cit.*, p. 330, note 10.

(3) BLEULER : *Dementia proecox oder Gruppe der Schizophrenien*, in Aschaffenburg. *Handb. d. Psychiatr.*, Wien 1911, p. 285.

(4) BLEULER : *loc. cit.*, p. 286 à 291.

des, et impriment à la pensée, délirante ou non, de ces malades, un caractère très particulier. Il n'est plus possible d'opposer *pensée délirante* à *pensée courante*, comme nous nous sommes autorisé à le faire, pour la rapidité de la notation (1), dans les observations de certains délires paranoïaques. Ce n'est pas seulement dans l'aventure délirante que le paranoïde dévoile le désordre de son esprit. Ce désordre est global et profond ; il transperce dans toutes ses activités, même dans le contraste paradoxal de conduites ou de propos subitement adaptés au réel. Nous n'insisterons pas sur tous les signes classiques de l'hébéphrénie, et en particulier de l'hébéphrénie délirante où les troubles du cours de la pensée prédominent sur les troubles du comportement et le syndrome moteur de l'hébéphréno-catatonie pure. Mais il faut bien voir à quel point ces troubles majeurs, qui ont libéré l'activité délirante, lui laissent leur empreinte. Nous avons décrit l'incohérence et le paralogisme, surtout en fonction de cette logique affective, bousculant et remplaçant la causalité rationnelle. Cette description sera ainsi valable pour la structure paraphrénique, également affective. Mais nous verrons que l'une des caractéristiques de cette structure est l'absence des *troubles primaires* directement liés au processus. Ce sont justement ces troubles qui impliquent à la structure délirante des démencess paranoïdes toute leur originalité. On y retrouve ce désintérêt vital, cette indifférence égale pour le Moi et pour le monde extérieur, que certains auteurs (DIDE et GUIRAUD) considèrent comme les symptômes basaux de l'hébéphrénie. Le drame délirant est souvent peu dramatique, à l'opposé de l'hypersthénie paranoïaque. Le malade trouve cependant, dans ses phantasmes, la réalisation délirante et apaisante des rêves irréalisables de sa vie. Cette vie autistique, ce manque d'initiative, ce désintérêt des contingences réelles, donnent, à ces délirants paranoïdes, un comportement particulier, fait d'énigmes et de paradoxes, d'improductivité et de calme, sauf les impulsions toujours à craindre. Les démarrages lents, puis explosifs, les barrages, les troubles du cours limpide et direct de la pensée bouleversent le discours qui piétine, s'embarrasse, s'égare, mélange plusieurs histoires dans le

(1) Cf. *supra*, p. 34.

même récit. L'ambivalence avec ses contradictions, ses repentirs, ses doutes, des néologismes, soit mots simplement détournés de leur sens (néologismes psychologiques), soit mots nouveaux par agglutinations souvent impossibles à réduire, viennent encore augmenter l'impénétrabilité du malade. Tout cet ensemble finit par aboutir à un état de discordance complète avec monologue, incohérence verbale, stéréotypies, réduction progressive et rapide de toute activité, et déchéance définitive de toute capacité.

*
**

Les expériences délirantes

Il est une notion chère aux auteurs allemands dont nous voudrions parler en terminant ce double tableau des structures paranoïaque et paranoïde : celle d'*expérience délirante*. Nous entendons par là un trouble original de l'esprit, un fléchissement passager de la personnalité à la faveur desquels le malade vit un certain épisode morbide, plus ou moins conceptualisé. Ce peut n'être qu'une intuition, un certain état d'âme, une certaine humeur délirante (*Grundstimmung*). Cet *Erlebnis* est intensément senti par le malade qui prend une conscience concrète, particulière, très nouvelle de son propre Moi, du monde extérieur, des relations qui les unissent. Cette donnée phénoménologique, fugace mais irrésistiblement adoptée, laisse une empreinte profonde dans la personnalité du malade, sous la forme d'une signification spéciale, d'une croyance plus ou moins diffuse désormais admise, ou d'une attitude définitivement inscrite dans son comportement.

Ces expériences, qui, nous le verrons, se rencontrent aussi bien dans les délires paranoïaques (1) que paranoïdes, ont une structure essentiellement affective. On peut considérer comme de rapides dissolutions de profondeurs variables, réalisant généralement tous les stades de l'onirisme dégradé : les *états oniroïdes*. Leur organisation paralogique à détermination subjective, leur caractère énigmatique et inachevé, peut

(1) Cf. J. ROUART : Du rôle de l'onirisme dans les psychoses de type paranoïaque et maniaque-dépressif. *Evolution Psychiatrique*, décembre 1936.

faire contraste avec le caractère cohérent du délire paranoïaque où il éclot. Il faut reconnaître ces bouleversements affectifs aigus, et ne pas qualifier un délire sur l'expérience délirante passagère dont on est le témoin. Ces productions oniriques, qui viennent s'insinuer, filtrer dans le décours d'un délire, ont fait souvent abusivement parler de structure paranoïde.

Ces expériences délirantes apparaissent comme ayant une importance de plus en plus manifeste dans la genèse et le développement des délires. C'est une tendance générale actuelle de considérer le délire comme une structure secondaire et de s'attacher à retrouver les « *troubles générateurs* » (MINKOWSKI). C'est un travail qui est loin encore d'être élaboré. On peut cependant rattacher les descriptions du sentiment de vide (JANET), du sentiment d'automatisme (CEILLIER), du sentiment de dépersonnalisation (JANET, DUGAS, HESNARD, BALVET), de la crise de *κακον* (MONAKOW et MOURGUE) ; toutes ces descriptions ont cherché à mettre en valeur ce qui leur paraissait être l'intuition ineffable, fondamentale, intuition radicalement inaccessible à notre compréhension rationnelle, et à partir de laquelle les efforts plus ou moins heureux de conceptualisation, de sensorialisation bâtiront des délires bien ou mal charpentés. C'est par ces expériences délirantes primitives, que le processus provoque une rupture dans le développement de la personnalité ; il y introduit un élément nouveau et hétérogène, qui demeure l'irréductible où la compréhension génétique est mise en échec. WESTERTERP affirme même qu'un interrogatoire bien conduit amène toujours à cette expérience initiale énigmatique.

Jointes aux rêves pathologiques, ces expériences jouent un rôle extrêmement important dans le développement des délires. C'est en observant ces malades au cours d'un de ces états vécus et en les suivant ensuite, qu'on est frappé de l'extraordinaire *fécondité* délirante de ces *moments*. C'est pendant ces états hyponoïdes (KRETSCHMER), sous l'emprise d'un trouble dont les caractéristiques exactes sont encore à décrire, que le malade accepte ces intuitions, ces significations, ces relations, ces *Bewusstheilen* qui font maintenant partie intégrante de son patrimoine psychique, de son passé, et qui pèseront sur ses croyances. Ces expériences ont parfois

la valeur d'une illumination subite qui s'impose sans discussion, de sa propre évidence : « Mes yeux se dessillaient... » disait une malade de JASPERS.

Ces états sont bien plus fréquents (1) qu'ils ne paraissent, en particulier certaines modalités mineures. Et, pour le problème des hallucinations qui nous a occupé pendant la première partie de ce travail, nous croyons y trouver de précieux enseignements. On connaît la faveur qu'ont eu toutes les théories d'excitation corticale, faveur d'autant plus grande qu'il s'agissait de malades parfaitement lucides chez qui il paraissait artificiel d'affirmer un certain fléchissement capacitaires. Nous croyons ces fléchissements légers, transitoires, mais certains, et c'est à leur faveur que les malades sont le plus activement hallucinés. Plus tard, ils manifestent beaucoup plus une attitude hallucinatoire, qui s'enrichit progressivement (*Erlebnis*, rêves), qu'une véritable activité hallucinatoire. Le thème a remplacé le sentiment, le *parlé* a remplacé le *vécu*.

La psychiatrie française est handicapée par son absence de vocabulaire pour désigner et décrire ces *troubles* qui peuvent être légers, ne bouleversent nullement les fonctions élémentaires, mais qui, croyons-nous, sont souvent destinés à d'importants retentissements dans le développement du délire. D'autre part, les anciennes classifications atomistiques et sémiologiques ont toujours un cadre : délire de rêve, d'imagination, fabulation... pour accueillir ces épisodes qui rythment la progression du délire. Nous pensons que ces analyses structurales peuvent aider efficacement à tenter une synthèse de tous les troubles délirants dont nous ne donnons ici qu'une très rudimentaire ébauche.

(1) BLEULER : « Les états aigus sont le berceau de nombre de délires. » *Dementia praecox oder Gruppe...*, p. 106.

CHAPITRE IV

LES DELIRES DE STRUCTURE PARAPHRENIQUE (1)

La notion de paraphrénie n'est pas encore assez classique pour que nous ne justifions pas notre faveur pour les services qu'elle peut rendre, en précisant ce que notre rappel historique (2) n'a que très brièvement exposé.

Evolution historique des idées sur les paraphrénies

Nous avons vu après quelles hésitations KRÆPELIN a définitivement fait sortir la *paranoide Verblödung* du cadre de la démence précoce. « Il existe des cas où ce ne sont pas les « troubles de l'affectivité ou de la volonté qui dominant, ce « sont des constructions délirantes. L'affaiblissement affectif « est peu marqué jusqu'aux phases extrêmes de l'évolution. » (KRÆPELIN). Il établit les formes de paraphrénies :

1. La *paraphrénie systématique* est caractérisée par le développement insidieux d'un délire de persécution progressif avec des idées de grandeur et sans désagrégation de la personnalité. Les trois phases d'inquiétude, d'hallucinations, de mégalomanie rappellent le délire chronique de MAGNAN. Mais l'évolution n'aboutit pas à une dislocation vraie (*wirkliche Zerfall*).

(1) Cf. page 118, note 1.

(1) Cf. page 15.

2. La *paraphrénie expansive* représente le développement d'un délire mégalomane luxuriant, avec une légère exaltation de l'humeur et parfois des épisodes d'anxiété. Des thèmes religieux et érotiques se mêlent à des fantaisies oniriques. Les faux souvenirs, les fausses reconnaissances sont abondants. Fixé dans sa conviction délirante, le malade reste *clair et ordonné*. L'ensemble des capacités reste peu altéré. KRÆPELIN reconnaît avoir pris longtemps ces malades pour des maniaques.

3. Les *paraphrénies confabulantes* sont plus rares. Les malades racontent des histoires insensées, font des récits d'événements vécus délirants. Chaque jour enrichit les constructions étranges qui n'entraînent pas de troubles importants de l'intelligence. « Par l'absence d'hallucinations, dit « KRÆPELIN, cette entité morbide nous amène tout à fait aux « frontières de la paranoïa pure. »

4. Les *paraphrénies fantastiques* sont des productions extraordinairement luxuriantes de représentations délirantes mobiles et décousues. Ces idées fantastiques, érotiques et mégalomane succèdent à une période d'inquiétude et d'interprétation. Puis, c'est un enrichissement continu, par une sorte de fabulation paramnésique, qui respecte longtemps l'activité intellectuelle du sujet.

Pour les auteurs allemands, toute la question est de savoir à quel groupe rattacher ces délires paraphréniques : paranoïa ou *dementia precox*. Nous avons vu (cf. p. 15) que KRÆPELIN ne semble établir, entre la paraphrénie et la démence précoce, qu'une seule différence de degré. Pour l'école française classique, les cadres des délires chroniques sont déjà pleins : paranoïa, psychose hallucinatoire chronique, démence paranoïde et délire d'imagination. Les paraphrénies ne sont pas assimilables à la paranoïa si l'on considère l'absurdité et l'incohérence des constructions délirantes (et l'activité hallucinatoire). D'autre part, l'intégrité du fonds mental et l'absence de dislocation schizophrénique rendent difficile de les rattacher sans nuances à la démence paranoïde. Reste donc la *Psychose hallucinatoire chronique*, toujours accueillante, mais ici toujours combattue.

Nous croyons, tout d'abord, que les paraphrénies systématiques et quelques cas de paraphrénies confabulantes rentrent

de plain-pied dans les délires de structure paranoïaque. Seule la présence d'hallucinations paraissait leur interdire ce cadre, mais nous n'avons plus beaucoup de respect pour cet argument.

D'autre part, ces délires sans dissociation, sans incohérence, sans désagrégation de la personnalité, ont une structure paralogique absolument irréductible à la structure paranoïaque, extrêmement près de la structure paranoïde. Nous avons déjà proposé de les réunir dans un groupe nouveau : les *psychoses paranoïdes*, qui restent en marge des démences paranoïdes, mais jettent un pont entre ces deux groupes de délires (paranoïaques et paranoïdes), dont les structures typiques sont si opposées.

Ce *pont* est une expression équivoque que nous voudrions préciser. Nous pouvons considérer, *grosso modo*, que l'analyse des structures paranoïaque et paranoïde se fait de deux points de vue : l'organisation du système délirant, et le fonds mental, le cours de la pensée sur lequel il fleurit. Le délire paranoïaque représente un système cohérent, évoluant sur un fonds mental peu troublé et capable de synthèses efficaces. Le délire paranoïde représente une organisation délirante incohérente, et cette incohérence se retrouve (démence paranoïde) dans le cours de toute la pensée, qui présente les caractères de l'hébéphrénie. Nous avons insisté — au moment des niveaux de dissolution — sur cette notion que ces deux analyses structurales correspondent à deux dissolutions typiques, artificiellement immobilisées, et que tous les intermédiaires sont possibles, ainsi que l'évolution d'un délire paranoïaque à une démence paranoïde. Ces transitions possibles, ces évolutions observées supposent une désorganisation simultanée et de la structure du délire, et du fonds mental sous-jacent. Ce n'est pas là que nous rencontrerons les psychoses paranoïdes. Celles-ci correspondent bien à des cas intermédiaires entre paranoïa et paranoïdie, mais en ce sens que les deux points de vue (rappelés plus haut) de l'analyse du délire apportent des données qui paraissent se rejeter. L'organisation du délire rappelle l'incohérence paranoïde. Le fonds mental peu altéré est tout opposé de celui de la démence paranoïde et rappelle bien plus celui de la paranoïa. Et pour autant que ces deux caractères s'opposent plus manifestement,

nous arrivons, dans les cas extrêmes, à une structure originale, la *structure paraphrénique*. Cette structure n'est donc pas, à proprement parler, un pont entre les deux structures précédentes. C'est un troisième terme également éloigné des deux premiers, mais qui, par progressions idéales et insensibles, pourrait se ramener soit à l'un, soit à l'autre.

Structure des délires paraphréniques

Il est donc légitime de restituer à la paranoïa les paraphrénies systématiques et une partie des paraphrénies confabulantes (qui paraissent proches parents des idées d'imagination de DUPRÉ). Il reste donc le groupe des *paraphrénies fantastiques* qui avoisinent — sans se confondre avec elle — la schizophrénie. Ce sont des productions luxuriantes qui éclatent hors des cadres de la schizophrénie, mais restent teintées de linéaments de la pensée schizophrénique (pensée *déréelle*). Les relations des *paraphrénies expansives* avec la manie chronique, que KRÆPELIN a explicitement signalées, pourraient peut-être se préciser dans la notion d'une activité délirante paraphrénique expansive gravitant autour de la *manie* comme la paraphrénie fantastique gravite autour de la schizophrénie. Enfin, il existe, à côté de la *mélancolie*, y participant comme à sa source, mais la dépassant dans sa production idéologique, un type de délire absurde qui s'exprime par les formules mises en évidence par COTARD : nous le décririons volontiers comme une *paraphrénie mélancolique*. Ces trois variétés de paraphrénies ne sont jamais pures. Elles constituent trois axes autour desquels se groupent les symptômes. Mais leur unité leur vient des caractères communs de cette structure délirante.

*
**

La *fabulation fantastique* paraît être le caractère le plus apparent de ces constructions délirantes, fictions irréelles et cependant concrètes, qui s'apparentent aux rêveries, aux fantaisies poétiques. Elles se déploient en visions féeriques des êtres, des choses, de l'univers. Elles sont le plus souvent riches, grandioses. Les malades font des récits lyriques d'événements étranges, d'aventures extravagantes, où tout est thème, tout

est drame, tout est événement. Leur capacité de créer des péripéties nouvelles paraît sans limites. Dans certains cas, le caractère fantastique¹ se retrouve dans un anéantissement individuel ou cosmique, qui, par un renouvellement incessant de l'identique, conserve encore un caractère perpétuellement démesuré. Le langage est plus ou moins hermétique, inspiré, poétique. Les déclamations, les poèmes, les dessins sont prolixes et abondants. Tout le comportement du malade (gestes, costumes) souligne le développement de ces inventions étonnantes (1).

Dans ce monde délirant qui suppose l'*effacement de l'objectif et du subjectif*, l'image de soi se dissout. Le malade se pense à la troisième personne, s'identifie aux autres, aux objets, se projette, par ubiquité, dans l'espace. Cette personnalisation délirante est faite d'un agglomérat de notions concrètes qui ne prennent quelque unité que dans la magie et le mystère. Ou bien, c'est une *réalisation* d'abstractions, de vieux souvenirs, de désirs à peine voilés, ensemble protéiforme qui se désagrège et s'enrichit chaque jour dans une atmosphère de jeu ou de puérilité, et qui, en fin de compte, va se disperser dans quelque fantômatique inconsistance.

Le caractère *hallucinatoire* de ces délires est fréquemment, presque régulièrement, observé : les contenus de conscience se projettent sous forme d'intuitions, d'informations, d'inspirations, d'actions imposées par de tortueuses manœuvres adverses. Des états épisodiques crépusculaires, oniroïdes viennent contribuer puissamment à l'élaboration de la croyance délirante. Mais ce qu'il y a de singulier dans l'évolution, c'est qu'au lieu « de survivre sous la forme d'attitudes hallucinatoires, comme dans la paranoïa, ou d'évoluer vers l'incohérence verbale et la dissociation, comme dans la démence paranoïde, l'activité hallucinatoire perd, dans la suite, sa forme suivant l'évolution idéologique et paralogique du délire. La forme hallucinatoire est submergée par son contenu. Le contenu éclate hors du noyau hallucinatoire primitif, il devient fabulation pure. » (Henri Ey). L'apparence hallucinatoire est réduite à de simples formules verba-

(1) Nos observations (XXII à XXX) de psychoses paranoïdes ne renferment pas un cas aussi typique que celui cité par Henri Ey, in *Hallucinations et délire*, p. 139 (observ. Duf...).

les auxquelles le malade se réfère sur demandes de l'interrogatoire, mais qui ne l'intéressent plus. Il ne reste plus que le délire, et l'*attitude justificatrice d'objectivation*.

« Le paranoïaque transforme le monde, le schizophrène lui substitue son autisme, le paraphrène maintient sans contact deux plans de pensée qui restent, jusqu'au bout, hétérogènes. » (Henri Ey). Cette *superposition de deux mondes* n'est pas une des moindres originalités de ces malades qui vont et viennent avec une étourdissante désinvolture entre leur monde magique et le monde réel. Leur activité est double, car chaque fois adaptée : gestuelle, significative, symbolique, incantatoire, gratuite ; puis, sans transition, de la plus terre-à-terre des efficacités. La motivation délirante ne descend que rarement sur le plan du comportement réel et social. Aussi ces malades sont-ils en général peu dangereux et passent, aux yeux de leurs contemporains, pour des doux et inoffensifs visionnaires.

*
**

Ces quelques remarques ne font que préciser des délires qui ressortissent indiscutablement à la structure paranoïde dont ils ont — il n'était pas besoin de le souligner — l'incohérence foncière et l'organisation paralogique. Mais, outre ces caractères que nous venons de décrire, ce qui les distingue profondément de la démence paranoïde, c'est l'absence des troubles primaires du processus qui paraît en cause, et l'absence, ou l'apparition tardive, d'affaiblissement intellectuel.

C'est BERZE qui, le premier, a insisté sur cette notion de psychoses *post-processuelles* (1). Le trouble générateur a libéré, au niveau de dissolution envisagé, une certaine organisation psychique, tressée sur un ensemble de croyances délirantes. Le processus éteint, l'organisation délirante *cicatricielle* lui survit, et s'enrichit par une sorte d'auto-didactisme très actif. Ces prolifiques constructions intellectuelles ne font qu'exprimer et développer des expériences affectives antérieures, largement dépassées. Si *détachés* que soient ces délires des troubles directement engendrés par le processus,

(1) Pour lui, la schizophrénie *post-processuelle* (paraphrénies) s'opposerait à la schizophrénie *active, processuelle* (hébéphrénie délirante, démence paranoïde).

ce serait cependant forcer les choses que d'affirmer ces troubles complètement absents. C'est justement la coloration qui en reste qui semble permettre, dans l'hypothèse que nous présentons, de rattacher les structures paraphréniques soit à la schizophrénie, soit à la manie, soit à la mélancolie.

C'est ainsi que si l'on trouve, dans la *paraphrénie schizophrénique*, des bizarreries de langage, des stéréotypies, des néologismes, il n'y a cependant, dans l'ensemble, ni les troubles profonds du cours de la pensée, ni l'ambivalence, ni ce négativisme de la démence paranoïde, ni l'évolution vers l'incohérence verbale. Par leur finalité affective et leur construction relativement *claire*, ces délires sont ceux qui s'apparentent de très près au rêve. De même, la *paraphrénie expansive* ou *maniaque* manifeste bien un certain verbiage, de l'exaltation, de l'hyperproductivité. Le masque maniaque persiste, mais on ne retrouve ni agitation, ni désordre de la tenue, ni variabilité profonde de l'humeur ; la fuite des idées n'existe pas dans sa forme typique : il y a idéation riche et variable, mais par thèmes construits, détaillés, et non par bribes inconsistantes. La *paraphrénie mélancolique* correspond à ces délires de négation de COTARD qui n'ont gardé que l'*idée* de la douleur. Ce sont des mélancolies surtout idéologiques. Leur vocabulaire connaît toutes les richesses de l'auto-accusation, tous les raffinements de l'indignité. Mais c'est avec une appréhension très émoussée, une placidité presque souriante que sont déviées ces fantastiques angoisses.

La parfaite intégrité du fonds mental de ces délirants aux fantaisies absurdes est le dernier caractère sur lequel nous insisterons. C'est peut-être le paradoxe le plus marquant de leur tableau clinique. Hormis leur délire, pour lequel ils admettent parfois gaiement la contradiction, ils manifestent une pertinence de jugement et de critique tout à fait remarquable. Pendant une longue durée de leur évolution, la conservation de leurs capacités intellectuelles leur confère une originalité irréductible, en face des démences paranoïdes que nous nous sommes attaché à distinguer.

*
**

Ces trois *paraphrénies*, dont nous n'avons voulu qu'ébaucher la distinction, ne se présentent pas toujours cliniquement

à l'état pur (1). Ce sont trois types idéals en fonction desquels s'organisent les délires paraphréniques. Les cas cliniques, concrets, peuvent participer dans une proportion diverse de ces trois aspects symptomatologiques, mais se retrouvent tous dans leur unité structurale profonde.

Nous voulons donner, en terminant, quatre tableaux que nous empruntons à Henri Ey, et qui, à propos des paraphrénies, synthétisent les caractères essentiels de différentes structures que nous venons d'étudier.

Délires paranoïaques	Paraphrénies
1° Cohérence du thème.	1° Constructions fantastiques juxtaposées.
2° Progression systématique.	2° Blocs délirants agglutinés.
3° Pénétrabilité et communicabilité.	3° Impénétrabilité.
4° Continuité avec les tendances de la personnalité (reflet au 1 ^{er} degré de la personnalité).	4° Idéologie néoformée (reflet au 2 ^e degré de la personnalité).
5° Mécanismes normaux ou sub-normaux (interprétations ou intuitions, projection hallucinatoire des croyances fondamentales).	5° Mode paralogique de pensée.
6° Signification délirante introduite dans les choses et le Moi.	6° Recouvrement du réel par un monde délirant juxtaposé.
7° Inconscience du délire.	7° Conscience partielle du délire (fantaisie-ironie).
8° Agressivité essentielle.	8° Agressivité contingente.
9° Structure affective fondamentale.	9° Structure intellectuelle fondamentale.

(1) Les types purs de psychoses maniaques-dépressives et discordantes, sont-ils si fréquents ? Ne sont-ils pas nombreux les cas qui pourraient être classés dans un groupe ou dans l'autre, suivant l'importance prévalente donnée au tableau clinique ou à l'évolution ? Cf. J. ROUART : *Psychose maniaque-dépressive et folies discordantes*. Thèse de Paris, 1935. De même, il serait intéressant de reprendre, dans les observations de vieux délirants (par exemple nos 37 cas présentés ici), tous les épisodes maniaques et mélancoliques qui en ont rythmé l'évolution et qui en ont même été les premières manifestations.

Etats schizophréniques

- 1° Troubles primaires de la pensée.
- 2° Evolution vers l'incohérence.
- 3° Dissociation de la personnalité (autisme d'impuissance).
- 4° Expériences délirantes dysesthésiques et oniroïdes permanentes ou avec prépondérance nocturne.
- 5° Monde autistique unique.
- 6° Déficit capacitaire de l'intelligence.

Etat maniaque

- 1° Agitation.
- 2° Fabulation réduite.
- 3° Fuite des idées.
- 4° Jeu superficiel et variable.
- 5° Stérilité de l'activité.

Etat mélancolique

- 1° Stupeur. Inhibition.
- 2° Anxiété. Dystonie affective. Hyperesthésie.
- 3° Comportement mélancolique (refus d'aliments-suicidisme).
- 4° Réduction de l'activité.
- 5° Obscurcissement de la conscience.
- 6° Coloration mélancolique de la conscience.

Paraphrénies fantastiques

- 1° Troubles paralogiques dans la construction délirante sans troubles primaires importants.
- 2° Evolution vers la fabulation délirante.
- 3° Déformation délirante et absurde de la personnalité (autisme idéologique)
- 4° Expériences délirantes dysesthésiques ou oniroïdes nocturnes
- 5° Juxtaposition du monde délirant au réel.
- 6° Intégrité intellectuelle.

Paraphrénie expansive

- 1° Exaltation sans grand désordre des actes.
- 2° Richesse du délire.
- 3° Circonscription et approfondissement des thèmes.
- 4° Attitudes créatrices et durables.
- 5° Productions esthétiques et idéologiques consistantes.

Paraphrénie mélancolique

- 1° Pas de troubles de l'activité psychique.
- 2° Pas d'émotion douloureuse. Hypersthénie.
- 3° Pas de comportement mélancolique.
- 4° Activité et adaptation normales
- 5° Clarté de la conscience.
- 6° Juxtaposition du délire à la réalité ambiante clairement conçue.

Conclusions

Ce travail est l'exposé d'une conception des délires chroniques, d'après l'enseignement du Professeur CLAUDE et les conseils du D^r Henri Ex.

Dans une première partie critique, nous avons montré que la notion de *Psychose hallucinatoire chronique* a été admise pour deux sortes de raisons : clinique et doctrinale. D'une part, tous les délires chroniques hallucinatoires paraissaient se ressembler au point de reconnaître une même unité clinique. D'autre part, la conception atomiste de l'hallucination, génératrice du délire, leur conférait une nouvelle unité pathogénique.

Nous avons voulu remettre en question la valeur de cette double unité qui, en dernier ressort, nous paraît insoutenable :

Du point de vue clinique, nous avons opposé trois ordres d'arguments :

1° Il est difficile de faire le départ exact entre hallucinations, interprétations, illusions, intuitions, qui sont fréquemment intriquées.

2° L'étude, dans un même service d'asile, de toutes les *Psychoses hallucinatoires chroniques* dont l'éclosion est manifestement antérieure à 1930 (37 cas), montre des structures délirantes impossibles à superposer.

3° L'évolution de ces 37 délires est d'un tel polymorphisme qu'elle ne peut guère servir de lien entre eux.

L'unité clinique des *Psychoses hallucinatoires chroniques*

ne se justifie donc pas, ni du point de vue sémiologique, ni du point de vue structural, ni du point de vue évolutif.

Du point de vue doctrinal, il paraît difficile de concevoir l'hallucination comme génératrice du délire. Nous accueillons avec plus de faveur une conception dynamique de l'hallucination considérée comme une dissolution fonctionnelle. C'est, avant tout, une croyance erronée dans l'appréhension du moi et du monde extérieur. Sa nature est d'être phénoménologiquement esthétique, mais pathogéniquement illusionnelle. Conditionnée par une chute du niveau psychique à déterminisme biologique, elle est pétrie de la personnalité du sujet, et intégrée dans un comportement morbide et vital. Son importance est donc secondaire dans l'analyse structurale d'un délire. L'hallucination est un mode original, mais non nécessaire, pour un malade d'exprimer un délire, de trahir sa vie affective. C'est une superstructure aux matériaux propres et irréductibles, mais dont la raison d'être est la structure psychopathique primitive, profonde, dont elle jaillit.

*
**

Dans une deuxième partie plus constructive, nous avons abordé les délires chroniques, non d'après leur sémiologie, mais d'après leur organisation structurale. Nous avons défini la *structure délirante* comme un ensemble typique de troubles vécus par le malade proportionnellement à ses capacités. C'est un état psychopathique concret caractéristique. Toutes les transitions d'une structure à l'autre sont donc idéalement possibles et pratiquement réalisées, soit dans la comparaison de plusieurs psychoses entre elles, soit dans le déploiement historique d'une même psychose. Ce point de vue nous a amené à une conception tripartite :

1° *Les délires de structure paranoïaque* se caractérisent par le développement systématique et cohérent d'un drame persécutif, l'argumentation irréductible, lucide, pénétrable et même contagieuse, la tonalité affective et agressive fondamentale, l'absence d'affaiblissement psychique notable.

Ces délires regroupent, hallucinatoires ou non, les délires

passionnels, les délires d'interprétation (type SÉRIEUX et CAPGRAS), certains délires d'influence et une partie des *Psychoses hallucinatoires chroniques*. Les paraphrénies systématiques de KRÆPELIN rentreraient dans ce groupe.

2° Les délires de structure paranoïde se caractérisent tous par une incohérence foncière, une altération profonde de la personnalité, une organisation paralogique, qui est une libération sans contrainte d'une pensée affective. Une partie de ces délires, les *démences paranoïdes*, correspondent aux formes délirantes de la démence précoce, de l'hébéphrénie dont elles présentent les troubles majeurs : autisme, ambivalence, fléchissement affectif, inertie, évolution vers une discordance complète et une incohérence verbale stéréotypée. Les démences paranoïdes regroupent l'hébéphrénie délirante et une grande partie des *Psychoses hallucinatoires chroniques*. Mais ici, se repose le même problème qui avait tourmenté KRÆPELIN et lui avait fait concevoir ses paraphrénies. Il y a des délires de structure incohérente du type paranoïde qui ne s'accompagnent pas — ou seulement après une longue évolution — d'une atteinte du fonds mental : ce sont les *Psychoses paranoïdes* qui correspondent aux paraphrénies expansives, fantastiques, et qui demeurent dans les marches lointaines de la *dementia proecox*.

3° Certaines formes, fantastiques par l'importance du facteur imaginaire et hallucinatoires dans leur élaboration, par l'excellente adaptation au monde réel, malgré la superposition constante d'une pseudo-réalité délirante éperdue, accusent au maximum cette opposition. C'est à propos de ces formes que nous avons décrit les *délires de structure paraphrénique*. De plus, il nous semble possible de rattacher, à ces délires paraphréniques émancipés du processus schizophrénique, des délires post-maniaques (type : manie chronique) et des délires post-mélancoliques (type : délire de négation), qui réalisent cette même structure.

Vu : *le Président de thèse,*

HENRI CLAUDE.

Vu : *le Doyen,*

G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

Bibliographie

- CLAUDE (H.). — Etat hallucinatoire avec exacerbations périodiques symptomatiques d'une hypertension intracrânienne. Soc. de Psychiatrie, déc. 1913. *L'Encéphale*, 1914, p. 57.
- CLAUDE (H.). — Sur les divers types de Psychoses hallucinatoires chroniques. *Progrès Médical*, n° 14, 5 avril 1924, p. 209.
- CLAUDE (H.). — Diagnostic et valeur sémiologique des manifestations hallucinatoires. *Journal Médical Français*, mai 1924, p. 169.
- CLAUDE (H.), TARGOWLA (R.) et BADONNEL (Mlle). — Mélancolie, obsession et syndrome d'influence. *Ann. Médic.-Psychol.*, 1925, I, p. 48.
- CLAUDE (H.). — Les Psychoses paranoïdes. *L'Encéphale*, 1925, p. 136.
- CLAUDE (H.) et MONTASSUT (M.). — La compensation idéo-affective. *L'Encéphale*, 1925, p. 557.
- CLAUDE (H.) et MONTASSUT (M.). — Délimitation de la paranoïa légitime. *L'Encéphale*, 1926, p. 57.
- CLAUDE (H.), TARGOWLA (R.) et LAMACHE. — Délire hallucinatoire et hypertension intracrânienne. *L'Encéphale*, 1926, p. 214.
- CLAUDE (H.). — Mécanisme des Hallucinations. *Semaine des Hôp.*, avril 1926, p. 170.
- CLAUDE (H.), BARUCK (H.) et VERVAECK (P.). — Syndrome hallucinatoire visuel et auditif... Considérations sur une variété spéciale d'hallucinations oculaires provoquées. *Ann. Médic.-Psychol.*, 1927, I, p. 152.
- CLAUDE (H.) et SCHIFF (P.). — Le délire d'interprétation à base affective de Kretschmer et ses rapports avec le syndrome d'action extérieure. *L'Encéphale*, 1928, p. 411.
- CLAUDE, TINEL et Mme MICHON. — Crises paroxystiques anxieuses et hallucinations impulsives d'origine encéphalitique. *L'Encéphale*, 1929, p. 298.

- CLAUDE (H.). — Mécanisme des Hallucinations. Syndrome d'action extérieure. *L'Encéphale*, 1930, p. 345.
- CLAUDE (H.). — Le syndrome d'action extérieure. *Le Progrès Médical*, 7 juin 1930, p. 1015.
- CLAUDE (H.) et DUBLINEAU (J.). — Délire de compensation à type mystique, à forme intuitive et pseudo-hallucinatoire. *Ann. Médic.-Psychol.*, 1932, t. I, p. 45.
- CLAUDE (H.) et EY (Henri). — L'Evolution des idées sur l'Hallucination. *L'Encéphale*, 1932, p. 361.
- CLAUDE (H.) et EY (Henri). — Hallucinose et Hallucination. Les théories neurologiques des phénomènes psycho-sensoriels. *L'Encéphale*, 1932, p. 576.
- CLAUDE (H.) et EY (Henri). — Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions. *Ann. Médic.-Psychol.*, 1932, II, p. 273.
- CLAUDE (H.). — Remarques sur quelques essais de physiologie en psychiatrie. *Biologie médicale*, XXIII, n° 2, 1933. Analysé par Henri Ey. *L'Encéphale*, 1933, I, p. 409.
- CLAUDE (H.), BARUCK (H.) et EY (Henri). — Hallucinose auditive chez une syphilitique arséno-résistante. *Ann. Médic.-Psychol.*, 1932, II, 178.
- CLAUDE (H.) et DUBLINEAU (J.). — Intuitions délirantes, obsessions et syndrome d'action extérieure. *L'Encéphale*, 1933, I, p. 350.
- CLAUDE (H.) et EY (Henri). — Les troubles psycho-sensoriels et états oniriques dans l'Encéphalite. *Presse Médic.*, août 1933.
- CLAUDE (H.) et EY (Henri). — Les Etats hallucinatoires à type schizophrénique de l'Encéphalite et le problème des Hallucinations. *L'Encéphale*, 1933, p. 485.
- CLAUDE (H.). — Les variétés du syndrome dit hallucinatoire. *Archives Suisses de Neur. et de Psychiat.*, 1933, XXXII, 2, p. 309.
- CLAUDE (H.). — Paraphrénie et Psychose paranoïde. *Semaine des Hôpitaux*, 1933, p. 417.
- CLAUDE (H.). — Psychose paranoïaque à type paraphrénique d'allure mystique avec démonopathie et zoopathie. *L'Encéphale*, 1934, p. 589.
- CLAUDE (H.). — L'Erotomanie. *Concours Médical*, 1935, I, p. 959.
- CLAUDE (H.). — Remarques sur les états dits hallucinatoires et leurs rapports avec le fonds mental du sujet. *Progrès Médical*, 1935, I, p. 954.
- CLAUDE (H.). — Les délires de jalousie. *Progrès Médical*, 7 déc. 1935, p. 1941.
- CLAUDE (H.). — Délires d'imagination et Paraphrénies. *Concours Médical*, 1936, p. 151.

- EY (Henri). — Paraphrénie expansive et démence paranoïde. *Ann. Médic.-Psychol.*, 1930, I, p. 266.
- EY (Henri). — Etats paranoïdes. *Semaine des Hôpitaux*, juillet 1931, p. 430.
- EY (Henri). — La notion d'automatisme en psychiatrie. *Evolution Psychiatrique*, 2^e série, n^o 3, 1932.
- EY (Henri). — La notion de constitution (essai critique). *Evolution Psychiatrique*, 1932, 2^e série, n^o 4.
- EY (Henri). — Les « Etudes » de Quercy sur l'Hallucination. *L'Encéphale*, 1932, I, p. 436.
- EY (Henri). — La croyance de l'Halluciné. *Ann. Médic.-Psychol.*, 1932, II, p. 13.
- EY (Henri). — Les Hallucinations psychomotrices verbales. *Mémoire remis à la Société Médico-Psychologique* (décembre 1932).
- EY (Henri). — Hallucinations et délire. Un volume, Alcan, Paris, 1933.
- EY (Henri). — Quelques aspects généraux du problème des hallucinations. Rapport fait à la Société Suisse de Psychiatrie. *Arch. suisses de Neurolog. et de Psychiatrie*, 1933, XXXII, 2, p. 269.
- EY (Henri). — Etat actuel des problèmes de la Démence Précoce. *Ev. Psychiatrique*, 1934.
- EY (Henri). — Brèves remarques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve et les états intermédiaires au sommeil et à la veille. *Ann. Médic.-Psychol.*, 1934, II, 101.
- EY (Henri). — La discussion de 1855 à la Société Médico-Psychologique. *Ann. Médic.-Psychol.*, 1935, I, 584.
- EY (Henri) et ROUART (J.). — Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie. *L'Encéphale*, mai-juin-juillet-août 1936.
- EY (Henri). — Quelques aspects de la pensée paranoïde et catatonique. *Evolution Psychiatrique*, décembre 1936.
- EY (Henri). — Conférences de Psychiatrie (non publiées).
-

ACHEVÉ D'IMPRIMER
LE 27 FÉVRIER 1937
SUR LES PRESSES DE
L'IMP. A. COUESLANT
A CAHORS (LOT)

